

# É R T E S I T Ő

AZ ERDÉLYI MÚZEUM-EGYESÜLET  
ORVOSTUDOMÁNYI SZAKOSZTÁLYÁBÓL.

XXXIII. évfolyam.

1908.

XXX. kötet.

KIADJA AZ ERDÉLYI MÚZEUM-EGYESÜLET.

Szerkeszti a szakosztályi választmány nevében: SZABÓ DÉNES.

III. FÜZET. Tartalom: AUSTERLITZ VILMOS: Az anatómiai nomenclatura. 107—112. l. — SZABÓ JÓZSEF dr.: Familiaris gerinczvelőmegbetegedés esete. 113—119. l. — GÖTH LAJOS dr.: A többes terhességek jelenségeiről. 120—128. l. — SÁNDOR ISTVÁN dr.: Mindkét bal tüdőlebeny lövési sérülése; tüdőgyulladás; gyógyulás. 129—137. l. — Szakülések jegyzőkönyvei (XV. Okt. 3.—XXIV. Decz. 12.) 138—156. l.



## SITZUNGSBERICHTE

DER MEDIZINISCHEN SEKTION

DES ERDÉLYI MÚZEUM-EGYESÜLET (ERDÉLYER MUSEUM-VEREIN).

XXXIII. Jahrgang.

1908.

XXX. Band.

AUSGABE DES ERDÉLYI MÚZEUM-EGYESÜLET.

Redigiert im Namen des Sektion-Ausschusses von: D. v. SZABÓ.

III. HEFT. Inhalt: AUSTERLITZ W.: Die anatomische Nomenklatur. S. 57—59. — SZABÓ J.: Ein Fall von familiärer Rückenmarkerkrankung. S. 60—61. — GÖTH L.: Über die mehrfache Schwangerschaft. S. 62—63. — SÁNDOR ST.: Schussverletzung beider linken Lungenlappen; Lungenentzündung; Heilung. S. 64—66. — Sitzungsberichte der ärztlichen Fachsitzungen (XV. 3. Okt.—XXIV. 12. Dez.). S. 67—75.



KOLOZSVÁRT,

NYOMATOTT AJTAI K. ALBERT KÖNYVNYOMDÁJÁBAN.

1909.

## Kivonat az E. M. E. orvostudományi szakosztályának ügyrendjéből.

2. §. A szakosztály célja: a) az orvostudományok művelése. b) Az ügyfelek közötti összetartás erősítése és fejlesztése.

3. §. A szakosztály e célból időszakonként üléseket tart, melynek tárgyát bemutatók (betegek, eszközök, készítmények) és előadások képezik. Az előadások tárgyát önálló vizsgálatok, összefoglaló tanulmányok és orvos-társadalmi kérdések képezhetik, a melyek során eszmecsere, megvitatás indulhat meg.

4. §. A szakosztály tagjai azok, a kik az E. M. E. rendes tagjai közé belépve, belépésük alkalmával az alapszabályok 16. §-a értelmében kijelentik, hogy az orvostudományi szakosztály működésében kívánnak résztvenni.

5. §. A tagok jogait és kötelességeit az E. M. E. alapszabályainak 54.—58. §§-ai szabják meg.

17. §. A szakosztály folyóirata: „Értesítő az Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztályából” czímen több, 2—3 íves füzetben, lehetőleg sűrűn, de előre meg nem határozott időben jelenik meg. A czímlapon fel kell tüntetve lennie, hogy „*kiadja az Erdélyi Múzeum-Egyesület.*” E folyóirat tartalmazza azokat az értekezéseket, melyek a szakülések elé kerülnek, a mennyiben közlésüket az Értesítő terjedelme megegyeztet, továbbá a szakosztály közgyűléseinek és szaküléseinek jegyzőkönyvét, valamint esetleg a szakosztályt egyébként érdeklő közleményt.

18. §. A szakosztály választmánya a folyóirat szerkesztésére egy szerkesztőt választ három évi tartamra, a ki a füzetek gondos kiállításáról felel.

19. §. A szakosztály választmánya évenként meghatározza költségvetésében az Értesítőre fordítható összeget.

20. §. Az Értesítőben megjelenő értekezésekért tiszteletdíj jár, a melyet a választmány a viszonyok szerint határoz meg és a határozatát az Értesítő borítékán közli. Egy-egy értekezésből két ívnél több nem díjazható; ha pedig valamely értekezés három ívnél többre terjedne, ezen többlet nyomdai költsége az illető szerzőnek két év után járó tiszteletdíjából levonatik. A szakdolgozatok csak azon esetben díjaztatnak, ha a szakosztály Értesítőjében jelennek meg először. A különlenyomatok csak a szerzők költségére adhatók ki. Áruk a szerzők tiszteletdíjából levonatik.

## Tudnivalók.

A szakosztály, közgyűlésének határozata alapján, az Értesítőben megjelent értekezésekért egyelőre tiszteletdíjat nem fizet.

Új tagok az Értesítő 1876., 1877., 1878.-ki folyamának egyes fűzött példányait két-két koronáért, az 1883—1895.-ki folyamokat 4—4 kor.-ért a titkári hivatal útján megszerezhetik.

Az Erdélyi Múzeum-Egyesület kiadásában megjelent egy hátrahagyott műve *Herbich Ferencz* dr.-nak: **Paläontologiai adatok a romániai Kárpátok ismeretéhez.** I. A Dambovítia forrásvidékének krétaképződményei, 17 könyomató táblával, magyar és német nyelven. E munka bolti ára 3-korona, az egyeslet tagjainak azonban csak 2 korona, mely összegnek beküldése után bérmentve megküldjük azt a megrendelőnek.

A külön lenyomatok ára (lapszámozva, borítékkal, fűzve) a következőkre van szabva:

25 példány	$\frac{1}{4}$ íves	2 k 50 f.	25 példány	$\frac{3}{4}$ íves	5 k 50 f.
50	"	3 k 20 f.	50	"	7 k 60 f.
100	"	4 k — f.	100	"	9 k 90 f.
25	$\frac{1}{2}$	4 k — f.	25	"	7 k — f.
50	"	5 k 40 f.	50	"	8 k — f.
100	"	6 k 80 f.	100	"	10 k 80 f.

Több íves füzeteknél a második sat. ívek 25% engedménnyel.

100 példányon felül, a második sat. 100 példánynál még külön 10%.

Külön czímlap: 25 pld. 2 kor. — 50 pld. 2 k 50 f. — 100 pld. 3 k 50 f.

# ÉRTESÍTŐ

## AZ ERDÉLYI-MÚZEUM-EGYESÜLET ORVOSTUDOMÁNYI SZAKOSZTÁLYÁBÓL.

XXX. kötet.

1908.

III. füzet.

KÖZLÉS A KOLOZSVÁRI M. KIR. FERENCZ JÓZSEF TUDOMÁNY-  
EGYETEM LEÍRÓ- ÉS TÁJBONCZTANI INTÉZETÉBŐL.

Igazgató: DAVIDA LEO dr. egyet. ny. r. tanár.

### Az anatómiai nomenclatura.\*

AUSTERLITZ VILMOS tanársegédétől.

Az a tarthatatlan anarchia, mely régebben az anatómiai elnevezések terén uralkodott és a boncztan sikeres tanítását úgyszólván lehetetlenné tette, érlelte meg közel másfél évtized előtt korunk legkiválóbb anatómusaiban az elhatározást, hogy az anatómiai neveknek egy új, autentikus lajstromát szerkeszszék. Véget kellett vetni annak a didaktikai szempontból oly viasz helyzetnek, hogy egy-egy szervnek, vagy képletnek rendszerint 2, 3, sőt olykor 4, 5 elnevezése is legyen. Nem teljesen felesleges megterhelése volt-e a tanuló memoriájának, a mikor pl. a „valvula coli“-nak 4 más synonym elnevezését, ú. m. valvula ileo-coecalis, v. Bauhini, v. Tulpii és v. Fallopiac-t is kellett ismernie, mert hiszen sohasem lehetett előre tudni, hogy melyik szerző melyik elnevezést favorizálja.

Viszont sokszor azonos neve volt két teljesen különböző, eltérő képletnek is, a mi a confusiót még jobban fokozta. Hogy csak egy példát említsek, a jelenlegi „musc. tarsalist“, azaz a „musc. orbicular. palpebrar“, azon részét, mely a szemhéj bőre alatt a szempillák között foglal helyet, RIOLANUS nevű felfede-

\* Előadatott az E. M. E. orvostudományi szakosztályának 1908. okt. hó 3-án tartott szakülésén.

zöje óta „musc. ciliaris“-nak hívták. És ugyancsak a „musc. ciliaris“ nevét viselte a corpus ciliare előtti, síma izom-elemekből álló sugár-izom is.

Az „anatomusok egyesületének“ 1895-ben Basel városában tartott emlékezetes congressusa, illetve annak ú. n. nomenclaturai bizottsága vetett véget ennek az eddig fennállott áldatlan helyzetnek, a mikor megállapította és hivatalos kiadványában közzé tette a közmegállapodással elfogadott anatómiai műszavaknak egy új, kimerítő jegyzékét, melynek kétségtelen és félreismerhetetlen előnye volt, hogy minden szervnek, avagy képletnek, csupán egyetlen *egy* elnevezés jutott. Tagadhatatlan, hogy a bizottság hasznos és üdvös szolgálatot tett; de viszont az is áll, hogy e téren még igen sok a hiány és következetlenség, hogy számos fogalom és elnevezés tekintetében még mindig kételyeink támadnak. A neves szerzők azonban tudatában voltak annak, hogy művük tökéletlen. Hiszen maga His tanár, a nomenclatura mozgalom egyik lelkes úttörője maga is elismeri, hogy „die bestmögliche, dem Bedürfniss des heutigen Tages entsprechende Nomenclatur, kann im Laufe der Jahre wieder unzureichend werden und somit wird eine in gewissen Fristen vorzunehmende Revision ein unabweisbares Bedürfniss bleiben“, vagyis hogy a lehető legjobb, a mai kor igényeinek megfelelő nomenclatura is az évek folyamával tökéletlenné válik és bizonyos időközökben multhatatlanul szükséges egy újabb revízió.

A baseli congressus egyik alapelve volt, hogy a tulajdonneveket az anatómiai műkifejezésekkel kiküszöböli. Így lett az egykor oly népszerű „ligam. Poupartii“-ból: ligam. inguinale“, a „ganglion Gasseri“-ből „gangl. semilunare“, a „cartilago Wrisbergiana“-ból „cartilago cuneiformis“ és így tovább. Kérdéses még, vajjon tanácsos és kegyeletes dolog volt-e oly neveket, mint EUSTACH, CORTI, FALLOPIA, VALSALVA, LUSCHKA, MORGAGNI stb. az anatómiai tankönyvekből és irodalomból végképp száműzni. Az orvosi egyetemek ifjú növendékei azóta nem érdeklődnek e kiváló nevek viselői iránt.

De más tekintetben is merülnek föl nehézségek. Így pl. nem ismerik az orvostanhallgatók mai nap a gl. Cooperi, vagy akár a gl. Bartholini elnevezést sem, gl. bulbourethralis-nak

illetve, gl. vestibularis maior-nak hívják most ezeket a szerveket. A klinikusok azonban nem vetették alá terminus technicus-aikat megfelelő módosításnak; fentebbi szervek lobos bántalmainak latin elnevezései még a régi nevekre vonatkoznak. Egy „Bartholinitis“ vagy „Cooperitis“ fogalmának megértése ezeljából tehát a tanulóval a régi, elavult elnevezéseket is kell ismertetnünk. Mert a klinikusok aligha lesznek hajlandók — teszem — a Cooperitis-t „bulbourethroglandulitis“-nak elkeresztelni.

Különben a bizottság ezen álláspontját nem is vitte keresztül következetesen. A „ductus MÜLLERI“ és „ductus WOLFFI“ ilyen alakban szerepel az új nomenclaturában is, míg a többi a fejlődéstan körébe vágó elnevezéseknél is szintén kiküszöbölték a nomina propria-kat; így pl. a „gubernaculum HUNTERI“-ból „gub. testis“ lett.

Egy további irányelv az volt, hogy „az anatómiai elnevezések latin nyelv és nyelvtani tekintetben helyesen képzettek legyenek“. De ez ellen ismételtén vétettek, részben azzal, hogy az újonnan gyártott kifejezéseket alkották helytelenül, de még inkább hibáztak azzal, hogy az új nomenclaturába változatlanul vették föl a régi, grammatikai szempontból kifogásolható kitételeket. Ezúttal teljesen figyelmen kívül hagyom azokat az elnevezéseket, melyek etymologiai, vagy nyelvtörténeti szempontból meg nem állhatnak. Ezekből 153-at szemelt ki TRIEPEL tanár, a neves onomatologus, melyeket „Denkschrift über die anatomische Nomenclatur“ című munkájában elvetendőknék, illetve módosítandóknak tart. Ezúttal csak azokra a kitételekre óhajtok terjeszkedni, melyek incorrekt volta túlságosan szembeszökő. Itt volna pl. a térdizület, melynek latin neve még mindig „articulatio genu“, holott a „genu“ szó genitivusa — mint ez bármilyen latin nyelvtanból vagy szótárból kiderül — csakis „genus“ lehet. A térdizület helyes elnevezése tehát: „articulatio genus“ volna, a mint a megfelelő edények és izmok is „arter. genus. super. et infer.“, illetve „musc. articularis genus“ és nem „genu“-nak volna elnevezendő. TRIEPEL tanár, a kit e helytelen grammatikai formára figyelmessé tettem, maga is concedálja e kifejezés hibás voltát és bevallja, hogy eddig az ő figyelmét is



kikerülte. Szinte érthetetlen, hogy oly kiváló linguista, mint HYRTL volt, tankönyvében ugyancsak „artic. genu“-ról szól. A „foramen venae cavae“ hivatalos elnevezés, a rekesz-izomnak azon nyílását akarja jelezni, melyen a „vena cava inferior“ áthalad. Csakhogy a „foramen venae cavae“ elnevezés magán a vénán és nem a rekesz-izmon létező nyílást jelent, a mint „bulbus venae jugularis“ a „vena jugularis“-nak egy dúzzanatát jelenti. Helyesen tehát „foramen *pro* vena cava“-nak volna elnevezendő. Nehezen érthető, miért hívják az acetabulum-nak félhold-alakú porczogós felületét hirtelen „facies lunata“-nak és miért nem „semilunata“-nak a ganglion semilunare, vagy valvula semilunaris mintájára.

Egy másik szempont az volt — mint a hivatalos jelentés hangoztatja — „hogy a nevek lehetőleg egyszerűek és rövidek legyenek“. Erre nézve idézem a külső hangvezeték kivágásának új nevét, az „incisura cartilaginis meatus acustici externi“-t, a régi és rövid „incisura Santorini“ helyett. Egyébként a sulcus nervi petrosi superficialis maioris sem ejthető ki egy légvételle.

De különösen eklatáns módon vétettek azon principium ellen, hogy „az együvé tartozó fogalmak lehetőleg egyöntetű elnevezést nyerjenek“, a mint ezt pl. a czombra vonatkozólag következetesen foganatosították, melynek képletei: „arteria femoralis, vena femoralis és nerv. femoralis“, mivel a femur-ra vonatkoznak; a régi „art. vena és nerv. cruralis“ elnevezést tehát igen helyesen kiküszöbölték. Más téren azonban rendkívüli a zűrzavar és khaosz e tekintetben. Így pl. az art. vena és nerv. plantaris úgy a medialis, mint a lateralis a talpon foglalnak helyet; ellenben a hasonnevű izom a „m. plantaris“, a lábszáron húzódik végig és a talpra csak igen ritka esetben jut be. A „plantaris“ jelző tehát nem illeti meg. A „gyomor“ hivatalos, latin neve: „ventriculus“, a „cseplesz“-é: omentum, és mégis a megfelelő ütőérnek a neve: „art. gastro epiploica“ és nem — mint várnók — „art. ventriculo-omentalis. A gyomor és cseplesz tárgyalásánál tehát a magyar és latin néven kívül a csak összetételeiben használatos görög elnevezést: a „γαστήρ“-t és „ἐπιπλοον“-t is kell ismertetni. A szár-kapocs neve: „fibula“; de izmai, erei és idegei a görög eredetű „peronaeus“ jelzőt

tartották meg. A nyelv arteriái, idegei és izmai hol a latin „lingua“-hoz, hol a görög „γλῶσση“-hoz fűződnek. Van „arteria lingualis“ és „nervus lingualis“, de van ismét „nerv. hypoglossus, glossopharyngeus“ és az izmok: hyoglossus, styloglossus, genioglossus stb. A méhnek, tehát uterusnak és a méhkürtöknek, azaz a tuba uteriná-knak hashártya-kettőzetei görög nevet kaptak, úgymint: mesometrium és mesosalpinx. De már a petefészeknél, az ovarium-nál hirtelen és váratlan egy hybrid görög-latin elnevezést, a „mesovarium“-ot kapjuk és nem a „mesoophoront“-t. Ez oly önkényes eljárás, mely semmiképp sem indokolható. Nagyon különös tehát, ha His tanár azzal dicsekszik, hogy „ezenül a synonymák kiküszöbölése révén a tanuló emlékező tehetsége nem lesz annyira igénybe véve“, a mennyiben jelenleg is a tanulóknak igen sok szervnek két, sőt olykor három elnevezését is kell ismernie. Így pl. tudnia kell, hogy a herét hivatalosan „testis“-nek, de görögösen „orchis“-nak és „didymis“-nek is hívják, mert különben nem értheti a „rete testis, mesorchium“ és „epididymis“ fogalmát.

Néhány nem éppen jelentéktelen anatómiai képletet az új nomenclaturába általában nem vettek föl. Így nem ismeri az új nomenclatura a gl. ROSENMÜLLERI-t, holha a sebészek ugyancsak sűrűn emlegetik a czombsérv keletkezésének magyarázatánál és nem említi a „HENLE-féle kacsokat“ sem, a vesében. A szemhéj MEIBOM-féle mirigyei a „gland. tarsales“ elnevezést kapták, a MOLE-féle mirigyekről nem esik szó.

Több új elnevezés általában illogikus; ha pl. egy diaphragma pelvis, diaphragma urogenitalis és diaphragma sellae-ről lehet szó, akkor a rekeszizmot is „diaphragma abdominis“-nak kellene elnevezni és nem egyszerűen diaphragmának. Még helyesebb volna tán a „musc. phrenicus“ kitétel, mivel az ide vonatkozó erek és idegek is a „phrenicus“ jelzőt viselik, pl. nerv. phrenicus, art. musculophrenica stb. Jelenleg a „diaphragma“ az egyetlen izom, mely előtt a „musculus“ szó, mint attributum hiányzik. Az „arteria iliaca externa“ elnevezés anatómiai tekintetben egészen helytelen, mert nem fekszik az „os ilei“ külső felületén, helyzete nem „externa“, hanem „lateralis“ viszonyítva az „arteria hypogastricá“-hoz. Az „externa“ jelző onnan ered, mert az „art.

hypogastrica“ régi neve „art. iliaca interna“ is volt és így a tőle oldalfelé fekvő, másik ágát az „art. iliaca communis“-nak az „externa“ jelzővel illették. Meglehetősen lapsus a „gl. submaxillaris“; ha a felső állkapocsra a „maxilla“ névben, az alsóra ellenben a „mandibula“ névben történt megállapodás, akkor az állalatti mirigy neve csak „gland. mandibularis“ vagy „submandibularis“ lehetne a „nerv. mandibularis“ mintájára. Ugyanez áll a duct. submaxill. és „ganglion submaxillaris“-ra nézve is.

Tömerdek a száma azon helytelen elnevezéseknek, melyek eredeti alakjukban vétettek fel az új nomenclaturába, daczára, hogy a szervek elnevezése azok lényegével, vagy helyzetével merőben ellenkezik. Így pl. megtartották a musc. pterygoideus extern. és intern. elnevezést, noha ezen izmok helyzete nem extern. és intern., mint inkább vízszintes és függőleges, mert hiszen mindkét izom a mandibula ágától befelé, jobban mondva mediál felé helyezkedik el. Sokkal logikusabb volna tehát ezeket, mint azt DAVIDA tanár úr előadásáiban mindig hangoztatja, „m. pterygoid verticalis“, illetve „transversus“-nak elnevezni. Ugyancsak DAVIDA professor figyelmezteti hallgatóságát az „intestinum crassum“ és „tenue“, valamint az „intestinum rectum“ tarthatatlanságára, mert hiszen nem vastag- és vékonyfalú belekről, mint inkább tág és szűk bélről, tehát egy „intestin. amplum és angustum“-ról lehetne szó; viszont a „rectum“ sem egyenes lefutású, mint a neve jelzi, sőt ellenkezőleg háromféle görbületet is mutat. A „rectum“ nevet tudvalevőleg GALENUS alkalmazta először, ki csupán állat-bonezolásokra szorítkozván, az ott egyenes lefutású végbelet nevezte el „intestin. rectum“-nak. Még csak arra akarok utalni, hogy az „aquaeductus cerebri“ nem vízvezeték, mint a neve mutatná és hogy a „ductus deferens“ (deferre = levezetni) az ondót nem *le*, hanem ellenkezőleg a here-zacskóból a medence felé, tehát fölfelé vezet, mint erről már HYRIEL is megemlékezik.

A mint tehát már e rövid vázlatból is kitűnik, mely alaposágra korántsem tarthat számot, még mindig imminens a szükség, hogy a baseli nomenclatura is egy újabb és gyökeres módosításnak alávetessék.



KÖZLÉS A KOLOZSVÁRI M. KIR. FERENCZ JÓZSEF TUD.-EGYETEM  
IDEG- ÉS ELMEGYÓGYÁSZATI KLINIKÁJÁBÓL.

Igazgató: LECHNER KÁROLY dr. egyetemi ny. r. tanár.

## Familiaris gerincezvelőmegbetegedés esete.\*

SZABÓ JÓZSEF dr. II. tanársegédétől.

Folyó év augusztusában két, ugyanazon szülőktől származó testvér kereste fel rövid három heti időközben klinikánkat. Mind a kettőnek panasza az volt, hogy pár hónapja járásuk nagyon megromlott, csak botra támaszkodva tudnak járni, övszerű szorító érzésről, nyilaló fájdalomokról az alsó végtagokban, székelés, vizezés nehézségéről panaszolt mind a kettő.

Szülők, sem nagyszülők rokonságban egymás között nem állottak. Anyjuk jelenleg is él. Atyjuk 63 éves korában elhalt, állítólag agyszélhűdésben. Atyjuk meglehetősen sok *alkoholt* élvezett, mulató ember volt. Összesen 19-en voltak gyermekek, két anyától. A két beteg és még két nővérük — kiket később szintén volt alkalmunk megvizsgálni és rajtuk is érdekes kóros elváltozásokat konstatálhattunk — egy anyától, atyjuk első feleségétől (ki atyjuktól később elvált) származnak. A 19 testvér közül egy három éves korában diphtheriában, egy 17 éves korában szívbajban halt el. Egy, a mi ifjabb betegünk iker-testvére, halva született.

A két jelentkezett beteget intézetünk idegosztályára felvettük és ott az idősebbet két héten át, az ifjabbat nyolcz hétig volt alkalmunk észlelni.

\* Előadatott az E. M. E. orvostudományi szakosztályának 1908 október hó 10.-én tartott szakülésén.

Az idősebbik, B. Viktor, 38 éves erőteljesen fejlett férfi. Feltűnőbb degenerációs stigmái nincsenek, csak a jobb arczfele elsímultabb, jobb facialis gyöngébben beidegzett. Állítása szerint ez mindig így volt nála. Belső szervek részéről eltérést nem találtunk. Az idegrendszer vizsgálatánál mindkét alsó végtagon úgy a térdizületig az érintés érzés csökkent, kifejezett hypalgesia, helyzet és izomérzés annyira csökkent, hogy a láb nagyfokú flexióját, illetve extenzióját nem veszi észre, a térdizületben is csak 45°-on túli kitérést vesz észre. Combizületében már kis passiv excursiot is azonnal helyesen megjelöl. Hőérzése normalisnak mondható. Végtagok passive jól mozgathatók, activ mozgásuk feltűnően ataxiás. Mindkét alsó végtag izomereje csökkent, alsó végtagokon paresis. Pupillák egyenlők, középszűkek, szabályosaknak mondhatók, úgy directe, mint consensualisan jól reagálnak. Szemmozgások szabadok. Hasfali, cremaster reflex kiváltható. BABINSKY-tünet positiv. Patellaris reflex és Achilles in-reflex baloldalt nem váltható ki, jobb oldalt patellaris reflex jól kiváltható, Achilles in-reflex csökkent. Kifejezett ROMBERG-tünet. Beteg járása a paresises és ataxiás járás combinatiója. Az idegrendszer részéről más eltéréseket, mint degenerációs bénulásokat, vérér beidegzési elválasztási zavarokat nem találtunk, valamint a törzsön, fejen és felső végtagokon az idegrendszer functiói normalisak. Megemlítendő még, hogy betegnek székrekedése van és vizelése nehezen indul meg, de a hólyag jól kiürül.

Beteg a kórelőzményekre vonatkozóan eladja, hogy normalis gyermek volt, csak járni tanult meg, tudomása szerint későre. 16 éves korában mellhártyalobot állott ki. Alkohol élvezetét kis mértékben concedálja, venereás bántalmakat határozottan tagad. Erős dohányos volt. Egy egészséges 5 hónapos gyermeke van, felesége máskor nem is volt terhes. Már nagyon régóta van szorító öv érzése, alsó végtagjaiban lancináló fájdalma, járása 2 hónapja romlott meg feltűnőbben.

Az ifjabb testvér, B. Gábor, mint már említettük, iker-született volt. Gyermekkoráról annyit tudhattunk meg, hogy későre kezdett járni, mindig széles alapon járt, futni nem tudott jól. Kiskorában diphtheriát állott ki. Alkohol élvezetét

kismértékben concedálja. Venereás bántalmakat határozottan tagad. Mérsékeltén dohányzott. Hét gyermeke volt. Az első két és fél hónapos korában halt el számárhurutban, a második csak 3 napig élt, aztán elhalt, felesége ezen terhessége alatt folyton betegeskedett. — Azután neje hármasokat szült, kik közül egyik él és egészséges, kettő fejletlen volt és halva született. Utolsó gyermekével neje 8 hónapra abortált, még közben is volt egy abortus, valószínűleg 3-as terhessége előtt. Beteg 1906-ban 3 hétig kettős képeket látott, 1907 áprilistól decemberig újra ezen állapot lépett fel nála. Ekkor már járása is romlott, övézése, lancináló fájdalmai voltak. 1908 áprilisében jobboldali facialis bénulása volt, de ez javult pár hónap múlva.

Vizsgálatnál e 35 éves, erőteljes férfi betegben feltűnőbb degeneratiós stigmát nem találtunk, csak jobb arczele elsímúltabb, jobb facialis gyöngébben beidegzett. Beteg alsó végtagjain érintést alig vesz észre, fájdalomérzése nagyon csökkent, baloldalt a térdizületig, jobboldalt egészen a bordaívig elől, hátul a 12 háti csigolyáig. Hőérzése eléggé normalis. Izom- és helyzetérzése alsó végtagokon erősen csökkent, de a czombizületekben már kis excursiókat észre vesz. Passív mozgatsnál, főleg a jobb alsó végtag, de kisebb mértékben a bal is rigidnek bizonyul. Activ mozgásnál feltűnő ataxia. Alsó végtagok izomereje csökkent. Pupillák egyenlők, szabályosak, középtágak, úgy directe, mint consensualiter jól reagálnak. Kisfokú nystagmus. ROMBERG-tünet kifejezett. Hasfali, cremaster reflex normalis. BABINSKY-tünet positiv. Patellaris reflexek excessive fokozottak. Jobboldalt lábclonus, Achilles in-reflexek nagy mértékben fokozottak. Beteg járása az ataxia és spasticus járás különös combinatiója. Beteg székrekedésben szenved, vizeleése nehezen indul meg, de a hólyag jól kiürül. Gyakran panaszol övézésen, fájdalmain kívül zsibbadásokról, hangyamászásról a jobb testfélben. Más kóros eltérést betegnél nem találtunk. Belső szervei normalisak.

Ez utóbbi esetünk kórlefolyásából még megemlítendőnek tartok annyit, hogy szeptember 18.-án heves ízlájás lépett fel nála, majd a jobb szemgolyó nagyon fájdalmas lett. A szemfenéki vizsgálat ekkor, a már az első szemfenéki vizsgálatnál

talált kóros eltérések mellett, számos orsó és pontszerű friss vérzést állapított meg a retina peripheriáján, főleg a nasalis részen. Egyébiránt sem ezen utóbbi, sem az előző betegéskelés alatt kórképük valami lényeges változást nem mutatott.

A két betegen, valamint még két egészséges, ugyanazon szülőktől származó nőtestvérükön a szemfenék vizsgálata a következő érdekes és fontos lelet birtokába juttatott:

1. Victornál a bal szemfenék periferiás részein kifejezett FÖRSTER-féle chorio-retinitis pigmentált foltjai láthatók. A jobb szemén kezdődő opticus atrophia és FÖRSTER-kórra gyanús elváltozások. Visus mindkét szemén  $\frac{5}{6}$ . Színlátás normalis.

2. Gábornál a bal szemfenék periferiás részein kifejezett FÖRSTER-kór. Jobb szemén a papilla nervi optici szürkés-halvány, kissé excavált, orri szélén elmosódott, arteriák a rendesnél szűkebbek. Tehát a vizsgálat már ekkor (szept. 11.-én) atrophia nervi opticit constatált a szemén. A jobb szemén a retina nasalis részén inszerűen fehér folt és körülötte halvány pigmentrögök. Ekkor a visus jobboldalt  $\frac{5}{6}$ , baloldalt  $\frac{5}{8}$ . Látótér normalis. Utóbb, október 10.-én, a szemfenéki vizsgálat a szept. 18.-án constatált vérzés lassú felszívódását állapította meg. Az opticus atrophia előrehalad. Beteg visusa jobboldalon  $\frac{2}{6}$ -ra romlott, baloldalon  $\frac{5}{8}$  maradt. Látótere jobboldalon erősen szűkült, főleg a temporalis részén. Kéket, sárgát nehezen tud megkülönböztetni, vöröset, zöldet nem. Balszemen a színlátás, látótér normalis maradt.

3. Egy idősebb nőtestvérnél FÖRSTER-kórra nagyon gyanús elváltozások mindkét szemén.

4. Egy ifjabb nőtestvérnél mindkét szemén kifejezett FÖRSTER-féle chorio-retinitis. Ezen testvér vizsgálatánál feltűnik, hogy patellaris reflexei nem voltak kiválthatók.

A két betegen a fentebb vázolt kórkép alapján chronicus gerinczvelő megbetegedést kellett felvennünk.

Victornál a tabes dorsalis tünetei vannak túlsúlyban, de találunk oly jelenségeket, melyek ezen kóralaktól idegenek, így az alsó végtagok paraparesise, azonkívül hiányzik az ARGYLL-ROBERTSON-tünet és a WESTPHAL-tünet sincs meg az egyik oldalon.

Gábor esetében a paralysis spinalis spastica tünetei mellett

(paraparesis, rigiditás, fokozott reflexek az alsó végtagokban) ezen kóralakhoz nem tartozó egész sorozatát találjuk a tüneteknek, mint az érzési sphaera eltérései, vizelet, székelés nehézség stb., azonkívül az atrophia nervi optici. A tünetek ezen combinatiója alapján mindkét testvérnél a GOLL- s BURDACH- és a pyramis-pályák együttes megbetegedését véljük megállapíthatni.

OPPENHEIM tankönyvében ezen combinált systemás megbetegedést két alcsoportra osztja.

a) A paralysis spinalis spastica kórképe, melyhez tabes tünetei járulnak. Ilyen a Gábor esete.

b) A tabes tüneteihez kezdettől fogva paraparesis csatlakozik, mint Victor esetében.

Differentialis diagnosis szempontjából OPPENHEIM a sclerosis multiplexre és a lues spinalisra figyelmeztet. A sclerosis multiplexnél azonban az agyi symptomák egészen mások (beszédzavar), az opticusnak partialis atrophiaja van jelen. Tremor mindkét kóralaknál előfordulhat, de ez combinált systemás megbetegedésnél nem intentiós tremor. A nystagmusnak differentialis diagnosis tekintetében fontossága kevés. Lues spinalis egész kórképe változékonyabb, kevésbbé állandó, úgy, hogy OPPENHEIM éppen ebben lát a lues spinalisra nézve characteristicust. Azonkívül gyakoriak a degeneratiós bénulások és ha agyi symptomák vannak, azok rendesen gócz tünetek. Megjegyzendő azonban, hogy a szóbanforgó két bántalmat gyakran még hosszabb észlelés után sem sikerül elkülöníteni.

Combinált systemás megbetegedések rendesen súlyos családi dispositio alapján fejlődnek, bár anaemia, cachexia következtében is látott fellépni (LICHTHEIM, NONNE, v. NOORDEN és mások).

A mi esetünkben már akkor, mikor csak az idősebb testvér volt észlelésünk alatt, felmerült a családi dispositio alapos gyanúja. JENDRASSIK tanár, kinek az öröklött idegbántalmak terén nagy tapasztalata van, már 1896-iki egyik dolgozatában is hangsúlyozza, hogy azon kóresetek, melyek a rendes exogen okok által előidézett kórformáktól eltérők, azok egyikébe sem illenek bele, mindig arra gyanúsak, hogy familiaris megbetegedések, mert az öröklött idegbajok esetei egészen külön-

álló kórképeket adnak és csak az *egy-egy családon belül hasonló*, úgy, hogy ha szigorúan ragaszkodnánk ahhoz, hogy familiaris megbetegedéseket is teljesen meghatározott, tipusos kórformákba osszunk, jóformán annyi kóralakot kellene felállítanunk, a hány családban fordul elő ilyen megbetegedés. A familiaris megbetegedés gyanúját tehát éppen a kórkép atypusos volta, a mely szigorúan véve még a kombinált systemás megbetegedések közé sem illik éppen teljesen bele, méltán felkelthette. Ez a gyanú jogosult lett volna akkor is, ha több családtagon nem is találunk semmi kóros eltérést; JENDRASSIK kiemeli, hogy tévedés csak azon megbetegedéseket venni örököltnek, a melyek több családtagon fordulnak elő, hiszen a legterheltebb családban is vannak és lehetnek egészséges egyének is. A megbetegedett egyének életkora sem döntő arra nézve, hogy a betegség familiaris-e vagy nem. JENDRASSIK már többször idézett dolgozataiban, arra a tapasztalásra jut azonban, hogy ugyanazon családhoz tartozó egyének rendszeren hasonló korban betegednek meg. Ezt a tapasztalatot szintén megerősíti a mi esetünk is, bár megjegyzendő, hogy az anamnesisekben vannak olyan adatok (Viktor későre kezdett járni, Gábor mindig széles alapon járt), a melyek arra mutatnak, hogy a bántalom sokkal korábbi keletű, hogy talán már gyermekkorban is lehetett volna az idegrendszer pontos vizsgálatánál valamely eltérést konstatálni. Mindez természetesen csak feltételezhető, de határozottan állítani a mai status és anamnesis alapján nem lehet.

JENDRASSIK tanár jobbára dystrophiák, FRIEDREICH-kór stb. eseteinek észleléseiből vonja le tételeit, ezek vannak esetei között nagyobb számmal, bár spinalis spastica paralyssal is foglalkozik egyik régebbi dolgozatában és ezen fejtegetései között néhány szóval a kombinált systemás bántalmakat is felemlíti. Mindazonáltal, hogy ő teljesen analog esetet a mienkkel nem említ, mint fentebb láttuk, tapasztalatainak helyességét bizonyítja a mi esetünk is.

JENDRASSIK tanár nagy fontosságot tulajdonít a családi megbetegedések létrejöttében a nagyszülők, illetve a szülők közötti rokonságnak. (Egyik dolgozatában 21 esetből 17-ben ilyen rokonság állott fenn.) A mi esetünkben a degeneratió nál



ez a fontos körülmény hiányzik, de a szemtűkörrel végzett vizsgálatok más, a degenerációt kiváltó okra figyelmeztettek, a mennyiben 4 testvér közül, kiket alkalmunk volt vizsgálni, 3 esetben teljes bizonyossággal constatalhattunk typusos FÖRSTER-féle chorio-retinitist, egy esetben pedig ennek gyanúja merült fel. A FÖRSTER-féle kór pedig *lues hereditariában* szenvedőknél fordul elő, így joggal mondhatjuk, hogy egyik szülő luese volt az, a mely a családi dispositio tulajdonképpeni oka. Mellékesen felhozhatjuk itt azt is, hogy az atya meglehetősen sok alkoholt is élvezett.

A betegségnek ezen dispositio alapján való kifejlődésére nézve EDINGER tanár elmélete szolgálhat felvilágosítással. Az idegrendszer egyes részei kevesebb vitalis energiával, kevesebb ellenálló képességgel bírnak ilyen egyéneknél, mint normalisan, így hamarabb válnak functio képtelenné, hamarabb kopnak el, könnyebben betegednek meg. Ezen theoria szerint esetünkben éppen a GOLL-, BURDACH- és a pyramis-pályák systemájához tartozó idegelemek lehetnek azok, melyek már „ab ovo“ gyöngébbeknek fejlődtek és ezen pályák megbetegedése, functio képtelensége teszi az esetünkben észlelt kórkép anatomiai alapját.

---

KÖZLÉS A KOLOZSVÁRI M. KIR. FERENCZ JÓZSEF TUDOMÁNY-  
EGYETEM SZÜLÉSZETI ÉS NŐGYÓGYÁSZATI KLINIKÁJÁBÓL.

Igazgató : SZABÓ DÉNES dr. egyetemi tanár.

## A többes terhességek jelenségéről.\*

GÓTH LAJOS dr. I. tanársegédtől.

Ha vissza méltóztatnak ama ikerterhességek eseteire emlékezni, a melyeket akár hallomásból, akár pedig személyes tapasztalat alapján ismernek, úgy bizonyára már egyéni impressiójuk is az lesz, hogy az ikrek egyáltalában nem tartoznak a nagyobb ritkaságok közé, ellenben hármas, vagy még többszörös terhességek eseteiről — egyes újságok nem éppen megbízható napi híreitől eltekintve — aligha szerezhettek tudomást.

A kétféle eshetőség számarányát pontosabban is igyekeztek megállapítani. Így WAPPÄUS Közép-Európában 15 év alatt 19.698,322 szülést számított össze, ebből 226,807 iker, 1623 hármas, 59 négyes és 1 ötös szülés volt. A MECKEL—VEIT-féle 13 millió szülés alapján készült tabellák körülbelül azt mutatják, hogy átlag 89 szülésre 1 kettős, 89<sup>2</sup>-re 1 hármas, 89<sup>3</sup>-ra 1 négyes, 89<sup>4</sup>-re 1 ötös szülés jut.

Hatos szülés tudtommal csak egy van leírva, 1888-ban VASSALLI Castagnolában egy 4 hónapos abortust észlelt, a melylyel 4 hímnemű és 2 nőnemű foetus távozott. BARFURTH egy hetes terhességet is leírt, a szülés állítólag Hammelnben történt, de AHLFELD szerint az egész eset — bár az anyát a hét magzattal sirkövén is ábrázolták — valótlan volna.

Az ikerszülések viszonylagos száma egyébként országon-

\* Előadatott az E. M. E. orvostudományi szakosztályának 1908. évi október hó 24.-én tartott szakülésén.

ként, sőt városonként is váltakozik. Így nem lesz érdektelen annak megemlézése, hogy Franciaországban, hol tudvalevőleg az általános szülési szám is 1·0—2·3‰ minust mutat, az ikerszülések arányszáma is feltűnően kicsi, kb. 0·9‰.

PUECH 1874-ben azt a tételt állította fel, hogy a többszörös terhességek száma tisztán az illető ország termékenységétől függ, vagyis mentől termékenyebb egy ország, annál gyakrabban születnek ikrek és hogy a hármas szülések gyakorisága párhuzamosan nő az ikerszülések eseteinek a szaporodásával. Faj, kultúra, életmód stb. nincsenek befolyással.

„Le degré de fécondité des femmes est la loi, d'après laquelle se repartissent les grossesses multiples; quant aux autres agents, ils n'ont d'effet que par leur mode d'action sur celle-ci“.

A mi az ikerterhesség létrejövetelének okait illeti, úgy ismert dolog, hogy léteznek családok, melyekben az ikerterhességek valósággal gyakoriak s a mi a legkülönösebb, eme gyakoriság nemcsak leány-, hanem fiúágon is öröklődhetik.

Így GRIGG említi, hogy egy családban az anyai dédanya háromszor szült hármas magzatokat, a nagyanyának terhességei közt 1 hármas, 2 iker, testvérénél pedig 1 hármas szülés szerepel. A GRIGG patientsének magának 2 ízben, 25 éves leányának 1 ízben született három magzatja.

Az apa befolyásának illusztrálására szolgálhat pl. SUE esete, ki említi, hogy egy párisinak feleségétől 7 év alatt 21 gyermeke született. Ez a férfi egy alkalommal egy szolgálón erőszakot követett el s ennek is hármas magzatjai születtek. GARDIER egy lille-i mesteremberről emlékezik meg, a ki két feleségétől 82 gyermeket kereszteltetett meg és ismeretes egy orosz WASILEF nevű parasztnak esete, a kinek első feleségétől 4 ízben négy, 7 ízben három, 16 ízben két, második feleségétől 2 ízben három és 6 ízben két magzatja született, ezekből állítólag csak három pusztult el, úgy hogy 84 élő gyermeke maradt.

Természetesen a legmerészebb kombinációkra az az eshetőség szolgálhat alapúl, ha egy ilyen családból származó nő egy hasonló családból való férfival köt házasságot. Ilyen esetet említ BOER, midőn egy ikerszületett férfi Bécsben elvett egy

négyes szülésből származott nőt, ki aztán 11 szüléssel 32 gyermeket hozott a világra. A klinikánkon pedig véletlenül éppen most fekszik egy beteg, a kinek anyja is szült ikreket, a férje pedig maga is ikergyermekek. Összesen 3 ízben volt terhes, először kettős, másodszor és harmadszor hármas születe volt.

Az ikerterhességek kifejlődésében még más külső körülményeknek, úgy a szülők absolutus és viszonylagos korának, a nemi részek bizonyos fejlődési rendellenességének (pl. kétszarvú méh, dupla méh stb.) is tulajdonítanak fontosságot, ezekkel azonban annál kevésbbé akarom türelmüket próbára tenni, mivel amúgy is igazat kell VERT-nak adnunk abban, hogy nem valami túlnagy fontosság tulajdonítható ama igyekezetnek, a mely az ikerterhességek okát statisztika alapján akarja megfejtetni, mivel indokolása gyakran olyan momentumokra támaszkodik, a melyek az orvos megfigyelése alól kivonják magukat és hogy be kell vallani, hogy a fátyol, a mely az ikrek keletkezésének titkát fedi, még koránt sincs teljesen fellebbentve.

A többszörös terhességek létrejövetelének anatómiai képéről már sokkal többet mondhatunk.

Ismeretes, hogy az ikerterhességek két, egymástól lényegesen különböző módon keletkezhetnek. Az egyik mód az volna, hogy egyidejűleg két pete érik meg, termékenyítetik és tapad meg a méhüregben, a másik pedig, hogy csak egy pete szabadult fel, de ebben kivételesen két magzat képződik. Az előbbi mód a gyakoribb, az arány BUMM szerint kb. 85:15.

A több petének egyszerre történő felszabadulása, vagyis a többszörös ovulatio vagy úgy keletkezik, hogy mind a két petefészekben egyidejűleg érik meg pete, vagy úgy, hogy egyik ovariumból szabadul fel több ovulum. Az utóbbi jelenség vagy több tüsző egyidejű éréséből magyarázható, vagy pedig úgy értelmezhető, hogy csak egy tüsző érik ugyan meg, de ez több petesejtet is tartalmaz.

Azt, hogy ikerterhességek eseteiben a peték származása a jelzett módok bármelyike szerint is történhetett, a corpus luteumok különböző viselkedéséből tudták bizonyítani.

Annak bizonyítása, hogy egy petefészekből származó peték esetében az ikrek külön neműek is lehetnek, természetesen vég-

képpen megdöntötte azt a régi és amúgy is gyenge alapokon nyugvó felvételt, hogy a fiúk az egyik, a leány-magzatok pedig a másik petefészkekből származnak, a mit csak azért említék meg, mivel még újabbról is akadt ennek a kalandos theoriának szószólója (SELIGSON Zentrbl. f. Gynaekologie 1895. Nr. 22.).

Újabbról azt tartják, hogy több petének egy tüszőből való származása sem tartozik a ritkaságok közé. A folyamatot anatómiailag úgy kell elképzelni, hogy egy folliculus discus oophorusában több petesejt fekszik.

Annak értelmezésénél, hogy ez mily módon jön létre a korai fejlődési viszonyokra, a primordialis folliculusok kiképződésének idejére kell visszamenni. A midőn t. i. ezek kiképződnek, kötőszövet hatol be és különíti el egymástól a petesejteket, úgy hogy rendszerint egy primordialis petét veszen a folliculushám körül. Azonban újszülöttek petefészkében majdnem mindig találhatók még egymástól jól el nem különített petesejtek csoportjai is, a melyek ilyen módon mintegy előstadiumát képezhetnék annak az állapotnak, midőn egy folliculus több petesejtet is tartalmaz.

Mindenesetre igaza van STRASSMANN-nak abban, hogy nem jogosult az egy folliculusból származó ikrek keletkezését egy, a petefészkek kifejlődését megelőző időben talált képpel értelmezni s így értéküket vesztenék KOELLIKER, NAGEL és mások idevágó észlelései, de újabbról már felnőtteknél is mutatnak ki megfelelő képeket, így pl. BUMM egy ikerszülés alkalmával elvérzett nő petefészkében nemcsak sok 2 petesejtet, de néhány 3 petesejtet tartalmazó folliculust is látott.

Mint fennebb említettem, az ikerképződésnek másik módja az volna, hogy csak egy petesejt termékenyítettik ugyan, de ebből két magzat fejlődik. Az ilyen ikrek szoktak egymáshoz úgy külső, mint belső tulajdonságaikkal annyira hasonlítani, hogy olykor még megkülönböztetni sem könnyű őket, az ilyen ikrek feltétlenül egyneműek is. Mivel az ilyen ikreknek mindig csak egy chorionjuk van, a két csirafoltnak tehát egy csirahólyagból kellett keletkeznie, a legtöbb embryologus (SCHULTZE, HERTWIG) az egypetűjű ikrek keletkezését a blastula stadiumra vezeti vissza, úgy fogván fel a dolgot, hogy ismeretlen okból

egy blastulában kettős gastrulációval két csirafolt képződik. Egyetétű ikrek egyébiránt nemcsak embernél, hanem más emlősöknél, sőt alacsonyabbrendű gerinczeseknél, pl. amphibiumoknál is előjönnek.

Az ilyen ikreknél — csak egy chorionjuk lévén — a placenta, a mely a chorionból származik, közös kell hogy legyen, ellenben minden magzatnak külön amnionja lesz. HYRTL a köldökzinor edényeinek injectiójával kimutatta, hogy ilye n. lepényekben mindkét magzatnak, úgy az arteriás, mint a vénás edényei egymással összejátszanak és hogy a kétféle edényterület határán olyan cotiledok is vannak, a melyekben az odavezető ütőér az egyik, az elvezető vivőér pedig a másik magzathoz tartozik és hogy ilyen módon egy harmadik közös lepényi vérkör is van. Míg a fennebb mondottak szerint a kétetétű ikrek válaszfala négyrétegű (2 chorion, 2 amnion), addig az egyetétűké csak kétrétegű (2 amnion) lesz. Utóbbiaknál kivételesen az is előfordulhat, hogy ezen választófal hiányzik és a két magzat egy közös amnionüregben úszik. Ezt a ritka eshetőséget (összeveissza alig több, mint 50 esetet észleltek) régebben úgy magyarázták, hogy az előzetesen kiképződött amnionválaszfal később felszívódott. Ma az a felfogás, hogy a szóbanforgó esetekben nem is képződik válaszfal. Az, hogy a magzatokat közös, vagy pedig kettős amnion borítja, attól függ, hogy hogyan fekszik a két area embryonalis egy blastodermán. Ha távol esnek egymástól, úgy két, ha közel fekszenek, úgy egy amnion fejlődik s ilyenkor a köldökzinórok is közel egymás mellett tapadnak.

Ez a magyarázat mindenesetre valószínűbb, mint BOCCALINI-nek, a XVII. század ismert satiricusának ama megjegyzése, hogy mivel a válaszfal hiánya csak egynemű ikreknél fordul elő, úgy látszik a böles természet gondoskodott arról, nehogy a leányok válaszfal nélkül kerüljenek a fiúkkal össze.

Az ilyen, egy közös amnionüregben fekvő külön ikrekről fejlődéstanilag nem sokban különböznek az ú. n. összenőtt ikrek sem, a melyeket már mint torzképződéseket szokás tekinteni. Lényegében azonban — a mint azt STRASSMANN igen meggyőzően kifejti — helyesebb volna ezeket az ú. n. összenőtt ikreket *hiányosan szétvált* csirafoltokból származottaknak tekinteni. A



szétvált és teljesen szét nem vált ikrek közös származási módját azok az átmeneti alakok is bizonyítják, a midőn csak egy bőrhíd, vagy köteg jelzi az összefüggést, a mely összeköttetéseket — mint ismeretes — néhány esetben operációval oldottak (pl. Rádika és Dódika).

Tagadhatatlan, hogy az ikrek jelentkezésében, mint minden szokatlan tünetében van valami mystikus vonás, a jelenség természettudományos magyarázatával azonban mindinkább odahajolnak, hogy az ikerterhességeket atavismusnak fogják fel. WIEDERSHEIM szerint az ősemberek — mondjuk a bibliai időben vagy még az előtt — éppen úgy mint, az anthropomorphus majmoknak egyszerre nem egy, hanem 2—3 gyermeke született. Egy egypetűjű folliculus egy magasabb fejlettségű fokot jelent és ennél fogva többpetűjű tüszők az egyet szülő állatoknál csak kivételesen találhatók, ellenben a rendszerint többet szülő fajoknál gyakori leletet képeznek (pl. kutyánál, macskánál). Az ikerképződésnek az atavismussal való magyarázására azt is felhossa PATELLANI, hogy LEICHTENSTERN statisticája szerint polymastiánál és polycheniánál (vagyis kettőnél több emlő, vagy emlőbimbó esetében) aránylag gyakrabban fordulna elő ikerterhesség, ami úgy volna értelmezendő, hogy a polymastia még annak az időnek emléke volna, amidőn egyszerre több magzat születvén, azok táplálására több emlő is kellett. Ilyen polymastia eseteit mi is észleltük, ezeket a mellékelt fényképeken is van szerencsém bemutatni, megjegyzem azonban, hogy ezeknél csak egyes születeket észleltünk.

STRASSMANN az ikerterhességek relative gyakori voltát olyanformán fogja fel, hogy *a nőnél az átmenet a több magzatot szülő időkből az egyet szülő állapotba még nem teljesen befejezett*, hogy pl. a ló ebben sokkal előbbre haladott, mint az ember, mert lónál a többszörös terhesség sokkal ritkább dolog, mint embernél, utóbbinál az arányszám körülbelől a téhen ikerszüléseinek gyakoriságával megegyező.

HELLIN kimutatta, hogy a több petét tartalmazó tüszők csak kivételt jelentenek, a többszörös terhességek létrejövetelének természetes alapja több folliculusnak egyidejű megrepedése, ennek lehetősége a petefészekben levő folliculusok rendkívüli

nagy száma mellett könnyen értelmezhető. HELLIN állítását az ikres anyák általánosan ismert nagy termékenységevel bizonyítja.

Az utódok száma az egyidejűleg megrepedő folliculusok számától, ezeknek mennyisége pedig a petefészek kisebb vagy nagyobb folliculus tartalmától függ. PATELLANI szerint a létért való küzdelemben az állatoknál a szaporaság az egyes individuumok erősségét pótolja és pedig a mennyivel alacsonyabb rendű valamely állat, annál szaporább. Mentől kisebb valamely állat, annál nagyobb a szaporasága és annál rövidebb a terhesség tartama.

Általános természettudományi törvények nem ismernek kivételt s lehet, hogy volt olyan idő, a midőn az emberi nem szaporasága is a faj fentartása érdekében szükséges volt, de tökéletesen igaza van STRASSMAN-nak abban, hogy a kulturembernél már 10 vagy 20 gyermek nem lehet a faj fentartásában valami fontos tényező.

Ez különben könnyen el is képzelhető. Tulajdonképen már onnan kellene kiindulni, hogy már ikerterhesség esetében is még inkább azonban hármás vagy négyes terhességnél sokkal gyakoribb egy, vagy több magzatnak a méhen belől való elhalása vagy a magzatoknak élve, de éretlen állapotban való megszületése, mint egy magzat esetében. Ehhez járúl az is, hogy ha a többszörös terhességek magzatai életképes időben is születnek meg, rendszerint aránylag gyengébben fejlettek, a szülés alatt könnyebben halnak el és a mint a statistica bizonyítja, az első két életévben sokkal nagyobb halálozási százalékot adnak.

Ha még azt is számbavesszük, hogy a mai socialis viszonyok mellett 10 vagy 20, majdnem egykorú, s gyengébb fejlettségénél fogva még nagyobb gondozást is igénylő gyermeket aligha sikerül felnevelni, úgy be kell látnunk azt, hogy ma már nem igen jelenthet egy családnak a „struggle for life”-ban erősödést az, ha 3—4 év alatt tíz új taggal szaporodik.

A mi már most a hármasterhességeket illeti, azok kiképződése az ikrek keletkezésének megismerésével könnyen magyarázható. Vagyis 3 magzat 3, 2, vagy 1 tüszőből származhatik, más szóval a hármás magzatok származhatnak: 1. 3 külön petéből, 2. egy 1 vagy 2 petéjű ikernek 1 egyes magzattal való

combinálódásából, 3. megfelelhetnek 1 petéből keletkezett három magzatnak.

A mi a három eshetőség gyakoriságát illeti leggyakrabban származnak 2, ritkábban 3 és a legritkábban 1 petéből.

A bemutatandó készítmények egyikét VAJNA dr. kovásznai collega szívességének köszönhetjük, ki azt nekünk beküldte. Kérdezősködésünkre arról értesített, hogy őt a gyermekágyashoz a szülés megtörténte után hívták, a secundinákat nem is látta s a szülés lefolyásáról semmi értékesíthető adattal sem rendelkezik. A másik esetet klinikánkon észleltük, még pedig egy 20 éves először terhes, hajadon eselédnél (239 - 172. 1908. szül. szám). — Utolsó vérzésének idejét biztosan nem tudja, talán 4 hónap előtt volt. — Arról, hogy családjában ikerterhességek szerepeltek volna, nem tud. Terhessége első 2 hetében sokat hányt, jun. 1.-én fájásokkal felvéteti magát a klinikánkra. A méh a terhesség VI.-ik hónapjának megfelelő nagyságú. A szülés normalis lefolyású, először koponyatartásban egy leánymagzat, (22 cm.) azután egyszerű fartartással egy leánymagzat (22 cm.) s végül koponyatartásban egy fiú magzat (23 cm.) jött világra. A lepény spontán születik meg, nagyobb vérzés nincs.

A megszületett lepényen 2 peteüreg különböztethető meg, az egyiknek, a melyet a másiktól 2 chorion, 2 amnion választ el, az utolsónak született fiú magzat felel meg, a másikban 2 köldökösszor ered, a 2 leánymagzatnak megfelelően. A két lepény annyira összenőtt, hogy egymástól szét nem húzható. Ezek szerint itt a leggyakoribb, vagyis azon eshetőséggel állunk szemben, a midőn a hármas egy iker és egy egymagzatos petéből combinálódott össze. Azonban egy igen ritka leletet jelent — mint fennebb láttuk — az, hogy az egypetéjű iker peteüregeiben hiányzik az amnionos válaszfal, tehát ezek nemcsak monochorionos, hanem monamnionos ikrek is.

Ezek a bemutatott esetek is bizonyítják, hogy a hármas ikrek itt sem vezettek a családok gyarapodásához, hanem olyan korban születtek meg, a midőn az életképességet meg sem közelítették. Mondják különben, hogy hármas ikreknél főleg először terhesek abortálnak gyakran, de viszont az sem éppen ritka, vagy — legalább aránylag nem ritka, hogy a hármas

ikrek életben maradjanak és felneveltessenek. Így TARNIER a „Traité de l'art des accouchement“-ja I. kötétében említi, hogy „il n'est pas rare de voir les trois enfants provenant d'une grossesse unique naître viable et s'élever parfaitement; pour notre part, nous connaissons à Paris, même quatre exemples de ce genre.“

KÖZLÉS A KOLOZSVÁRI M. KIR. FERENCZ JÓZSEF TUDOMÁNY-  
EGYETEM SEBÉSZETI KLINIKÁJÁBÓL.

Igazgató: MAKARA LAJOS dr. egyet. ny. r. tanár.

Mindkét bal tüdőlebeny lövési sérülése; tüdő-  
varrat; gyógyulás.\*

SÁNDOR ISTVÁN dr. II. tanársegéd-től.

A tüdőszérüléseknek hosszú időn át meg nem érdemelt jó hírük volt az életveszélyességet illetőleg. Az utolsó évek merész beavatkozásai azonban nemcsak, hogy néhány teljesen veszendő életet tudtak megmenteni, hanem a közlések során nyilvánvalóvá tették, hogy a tüdőszérülések úgy a közvetetlen életveszélyesség tekintetében, mint a súlyos utókövetkezmények szempontjából korántsem sorolhatók az általában jó kimenetelű sérülések közé. A tüdőszérüléseknek ezen már fennebb említett veszélytelen hírét az a körülmény magyarázza, hogy számos, aránylag súlyos kezdeti tünetekkel, sőt az első napokban hőemelkedésekkel is járó tüdőszérülés minden beavatkozás nélkül magától nemcsak teljesen, hanem aránylag gyorsan meggyógyul. Nemkülönben okozhatta ezt a tüdőszérülések némely esetének kezdeti könnyű jellege is, így ismeretes a hadi tudósításokból, hogy egyes átlőtt mellkasú katonák mint könnyű sérültek jelentkeznek, néhány nap múlva folytatják a hadakozást, sőt ismeretesek oly esetek is, hol az átlőtt mellű katona ügyet sem vetve sérülésére, csak\* napok

\* Előadatott az E. M. E. orvostudományi szakosztályának 1908 nov. hó 14.-én tartott szakülésén.

multán jelentkezik sebével. Mi is láttunk tüdő sérültet, ki saját lábán jött a klinikára.

A tüdő sebei igen nagy gyógyuló hajlamot mutatnak. A mint azt HADLICH<sup>1</sup> vizsgálatai mutatják, a tüdőheg gyorsan szervül, már negyedik nap újonnan képződött véredények vannak benne, bár valódi új alveolusok nem is képződnek, de azért a hegben egyes összefonódó, a bronchusokkal és bronchiolusokkal közlekedő üregek fejlődnek, a melyek csakhamar hámmal béleltetnek ki. A sérülés környékében egy desquammatiós gyulladás folyik le, a mely mint HADLICH állítja, nagyobb területekre terjed ki, mint egyéb lágyrész sérülés után a reactiós lob, de azért egyáltalán nincsen tovahaladó jellege. Fertőzés a tüdő részéről, vagyis a belehelt levegő részéről tulajdonképpen csak akkor fenyeget, ha nagyobb hörg nyílt meg. Hiszen tudjuk azt, hogy a nyálkahártya felülete a számtalanul eloszló bronchusban, mint kitűnő felületszűrő működik, viszont a tüdő összes levegőmennyiségének még a mélyebb légvételek alkalmával is csak a kisebb része cseréltetik meg, a távolabbi légutak légcseréje diffusio útján történik, úgy hogy a kisebb légutak levegője, mint azt több ez irányú kísérlet igazolja, legtöbbször sterilis és csak ritkán tartalmaz kevés avirulens bakteriumot. Ezzel szemben nagyon is veszélyesek a sérülés alkalmával bekerült fertőző anyagok, a melyek a levegővel kevert vérömlenyben, mely állandóan mozgásnak is van kitéve, kitűnő táptalajra találhatnak. De ezek bejutása aránylag ritka, mint GARRÉ<sup>2</sup> kiemeli, csak harmadsorban jön tekintetbe a fertőzés veszélye. A tüdő-sérülések veszélye első sorban az elvérzés, másodsorban a feszülési pneumothorax. Így GARRÉ az 1905.-iki berlini sebészcongressuson 700, részben harcztéri tüdő-sérülés-esetről referálva, 40%-on felüli halálozást konstataált. RICHTER<sup>3</sup> 100 tüdőszúrás-esetnél 38%, 535 tüdőlövés-esetnél 30% mortalitást talált. A régebbi statisztikák ennél lényegesen rosszabbak. Így a német-francia háború 2156 tüdőlövés- és 11 tüdőszúrás-eseténél a mortalitás 53.4%-ot tett ki. Újabban FLEISCHHUL<sup>4</sup> 40 betegről referál, kik közül meghalt nyolcz (20%), simán gyógyult 27, utólagos beavatkozásokra 5. HAIM<sup>4</sup> 49 betegből meghalt 10, de ezen tízből négynek egyéb halálos sérülése is volt, kettő igen hamar,



a sérülés után halt meg, négy az expectatiós therapia mellett ment tönkre. Az elvérzéses halál nagyobb véredény sérülése esetén menthetetlenül rövid idő alatt következik be. KÜTTNER<sup>6</sup> szerint az összes penetráló tüdőszérüléseknek a harezteren egy-negyedrésze azonnal meghal. Azonban az elvérzés, ha aránylag kisebb ütőerek nyíltak csak meg, napokon át is elhúzódhatik. Míg az előbbiek a nagyfokú tüdőroncsolás, hirtelen vérvesztés és a megnyílt hörgőkön át a vér aspiratiója folytán pusztúlnak el, addig az utóbbiak sorsa különböző lehet. Ha a vérzés ideje korán megszűnik, a haemothorax felszívódhatik; ez a felszívódás, mint azt nem egy kórtörténetünk igazolja, 38° körüli hőemelkedéssel is járhat infectio nélkül is, illetve sima és gyors gyógyulás mellett is. Ha a vérzés tetemesebb, esetleg ismétlődő, akkor egyrészt a vérömleny nyomása, másrészt a tüdő sebéen keresztül állandóan a pleuraüregbe ömlő levegő feszülése nemcsak, hogy a sérült tüdőfelet nyomja össze és rekeszti ki a légzés mechanizmusából, hanem nyomja a mediastinumot, a szívet, a nagy véredényeket, szóval a feszüléses légmell keletkezik, a melyet GARRÉ „Spannungs-pneumothorax“ névvel nevez meg és a melynek tüneteit KAREWSKI<sup>5</sup> „Traumatopnoe“ néven foglalja össze. Egy másik fajtája az elvérzésnek a napok és hetek múlva ismétlődő vérzés, a mely KÜTTNER<sup>6</sup> észleletei szerint a beteget a nyolczadik, illetve tizenötödik, harminczadik, harminczkettedik napon is elragadhatja.

Messze vezetne az áthatoló mellkasi sérüléseknek tünettanát pontosan részletezni. Csak röviden emelem ki a nagyfokú vérzés- és feszüléses pneumothorax tünetei közül a sápadtságot, a cyanosist, kicsiny, alig tapintható pulsust, a szapora, felületes légvételt nagyfokú légszomjjal és félelemérzéssel. Mindazonáltal nagyon igaza van GARRÉ-nak abban, hogy a legnehezebb kérdés az áthatolt mellkasi sérülések kezelésénél annak eldöntése, hogy mikor és mennyire avatkozzunk be. Kétségtelen, hogy a midőn a primusos elvérzés veszélye fenyeget és a midőn az egyre súlyosbbodó tünetek megfosztanak bennünket azon kilátástól, hogy a vérzés spontán megszűnik, úgy a mellkast fel kell tárunk és a vérzést helybelileg csillapítanunk. A mellkas föltárására a thoracotomia nem elég. A sérülés helyénél borda-resectiót

vagy plastikás mellkas-feltárást kell végeznünk. Ez utóbbinak hátránya, hogy egy esetleges empiema esetén komplikáltabb viszonyokat teremt (REHN<sup>1</sup>). A mellkas feltárása által létesített nyílt pneumothoraxtól nincs mit tartanunk, a mint azt KÖNIG, REHN<sup>1</sup> és többen is hangsúlyozzák, még akkor sem, a mikor nem is áll valamely pneumaticus apparatus a rendelkezésünkre, a mely a tüdő összeesését meggátolja. Hiszen az ily esetekben a betegnek már úgy is volt pneumothoraxa, sőt feszüléssel pneumothoraxa, a mely mellett a légzési és keringési viszonyok csak rosszabbak, mint egy artificialis nyílt pneumothorax mellett. Ha a mellkason elég nagy nyílást készítettünk, úgy a tüdőt, mely részben collabálva a vértömegben úszik, könnyen előhúzzhatjuk és sérülését megvizsgálhatjuk. A tüdő sebének ellátása, ha a vérző edény a sebben látható, ezen edény csípőbe fogásával kezdődhetik. A csípőbe fogott edényt azután aláöltve kössük le, mert a tüdőszövet szakadékonysága és a tüdő ereinek vékony fala miatt a közönséges lekötés nem nyújtana elég biztosságot. Ezután — ha lehetséges — a tüdő sebeinek bevarrása következék erős görbületű tüvel, GARRÉ előírása szerint mélyen, de nem távol a sebszélektől öltve. A varrat meghúzásánál mérsékelt erőt fejtünk csak ki, nehogy a sebszéleket átvágjuk. Varróanyagul selyem, vagy czélszerűbben lassan felszívódó jodchrom catgut használható. A tüdő sebt, ha az a hilushoz közel esik és erősebben vérzik, egyrészt technikai okokból, másrészt a nagyfokú vérzés miatt időnyerés szempontjából tamponálhatjuk is. A tamponálás, tekintve hogy a kis vérkör nyomása a nagy vérkörének csak egy harmadát teszi ki, sikerrel kecsegtet, bár semmikép sem oly biztos, mint a varrás. Ezután a mellüreg kitisztítása és a mellkasfal vérző helyének (intercostales, esetleg mammae) végleges ellátása jön sorra. A mellüreg ellátása a körülmények szerint változó. Nagyban függ attól, vajjon valószínű-e a mellkas erősebb inficiáltsága, avagy nem, továbbá mekkora és mily alakú a sebzés a tüdőn és a mellkasfalon. REHN, KÖTZEL és többen mindenképpen igyekeznek a pleura-üreget zárni, GARRÉ, GLÜCK, HELFERICH, FRIEDRICH és mások a tamponálás hívének vallják magukat. GARRÉ roncsolt tüdősebzés esetén a tüdősebzés helyét a sebbe kivarrrva, azt exteriorizálja.

Mások a tüdőnek a mellkasfal sebéhez való rögzítését már azért is ajánlják, mert ez által a tüdő kevésbbé eshetik össze és a mediastinum kevésbbé tolódhatik el és a pneumothorax mellett a mediastinum ellenoldali aspiratiója meggátolja. Némelyek végül a behatolás helyének teljes elzárását végzik, de preventive kívánnak a hátsó hónaljvonalban egy mélyebb bordán resectiót végezni a későbbi exsudatum levezetése czéljából.

Az első közlést az irodalomban tüdőszérülés esetén való elsőleges varratról OMBONI-nak 24 év előtt végzett tüdővarrata képezi. Betege hat nap után piémiában halt meg. Ha elfogadjuk SCHÜTTE<sup>3</sup> összeállítását, úgy OMBONI esetén kívül még nyolcz elsőleges tüdővarratot végeztek, melyhez azonban GARRÉ-nak subcutan tüdőrepedés miatt végzett tüdővarrat-esete is hozzá van számítva. Ezen, összesen 9 esethez hozzásorolhatjuk időrend szerint FISCHER ERNŐ,<sup>8</sup> SCHÜTTE<sup>3</sup> és KÜTTNER<sup>6</sup> esetét és ezzel az összes esetek száma tizenkettőt tesz ki. Ezen kívül három esetben tamponálás útján csillapították a vérzést. Ez utóbbi három meggyógyult, az előbbi 12-ből gyógyult 9 és meghalt három. Ezt az aránylag kis statisztikát bátorodom egy esettel bővíteni, melyet MAKARA tanár úr vezetése alatt álló klinikán volt alkalmam operálni.

B. F. 22 éves építész 1908 márcz. 2-án öngyilkos szándékkal, 7 mm. revolverrel bal mellkas-felébe lőtt akként, hogy a revolver csövét erősen mellényéhez szorította. Egy órával a tett elkövetése után, a mentők a sebészeti klinikára értek vele. A beteg igen nyugtalan, vizsgálat közben sokat kiabál, az epigastriumban és a bal vállában kisugárzó fájdalmakról panasz-kodik. A bal bimbó alatt két centiméternyire pörkölt lőporfüstös szélű, körülbelül 9 mm. átmérőjű bemeneti nyílás látható. A golyó a hát bőre alatt a scapula csúcsától egy harántujjnyira lefelé, tapintható. Haemoptoë, feltünőbb tompulat a mellkasban, bőr alatti emphysema nincs jelen. Pulsus üres, ritka 60, légzés felületes, szapora 38. Ruhákban sok vér, beteg halvány, ajkai nem föltünően vértelenek. Vizsgálat közben, valamint a beteg kiabálásánál vagy köhögésekor a mellkas sebéből erős sugárban sötétpiros, nem habzó vér ömlik. Therapia: Desinfectio a seb környékén, sterilis fedőkötés, egy ctgr. morfium subcutan,

jégtömlő a mellkasra, nyugalom. Egy órával ezután a beteg még mindig nyugtalan, egyébként állapota változatlan. Egy újabb óra elteltével jelentik, hogy a beteg erősen vérzik és rosszabbul van. Megvizsgálva a beteget, kötése a vértől átázott, ajkai halványak, homlokán hideg verejték, nagyfokú légszomj, cyanosis, pulsus alig tapintható szapora 90. A kötés levételekor a beteg köhögése és jajgatása alkalmával a sebből tele sugárban nem habos vér ömlik elő. Ily körülmények között nem várható a betegnek máris igen fenyegető nagyfokú anaemiája mellett a vérzésnek spontán megszűnésére, annak a seb feltárásával való csillapításához fogunk. Előkészítés közben a mellkasban kiterjedt tompulatot, a bemeneti nyílás körül tenyérszerű bőralatti emphysemát találunk. Chloroformmal bevezetett felületet aethernarkosis. A bordákkal párhuzamos 12 centiméter hosszú metszés a bemeneti nyíláson keresztül a sternum bal szélétől kifelé. Átjutva az izomrétegen, a pleurán a III.-ik bordaközben a bemeneti nyílás helyén egy 5 centiméter hosszú és a bordaköz egész szélességének megfelelő szakadást konstatálunk, a melyből minden kilégzésnél nagy tömeg vér tódul elő. A harmadik és negyedik bordát, valamint a harmadik borda porc egy részét subperiostálisan resecálva a mellkasba bő betekintést nyerünk. A mellkasfél tele van részben alvadt vérrel, melyen a collabált tüdő úszik. Szívburok sértetlen, a szívhez teljesen hozzá fekszik. Szív erőteljesen, rythmososan lüktet a műtét egész tartama alatt, sem a pneumothoraxnak, sem a tüdő előhúzásának a szív működésére nem volt káros hatása. A tüdőt előhúzva a lingulán, azaz a bal felső lebeny elülső alsó részén egy koronáriai kis lebenynek egész vastagságán áthatoló, roncsolt, vérző sebzést találunk. Ezen sebzést mindkét oldalról összesen öt mély catgut varrattal egyesítjük. Az alatta fekvő alsó lebeny elülső felén egy alig négy mm. átmérőjű, nem vérző bemeneti nyílás van, s ennek megfelelőleg az alsó lebeny hátsó felszínén egy ugyanilyen kimeneti nyílás. Az előbbi egy mély és egy felületes varrat segélyével elzárjuk, az utóbbihoz azonban nem férhetünk jól hozzá, s mivel egyáltalán nem vérzik és időnyerés céljából a thoraxon nagyobb nyílást készíteni nem akarunk, nem varrjuk be. Ezután a mellüregből mintegy

1½—1¾ liternyi, részben alvadt vért távolítunk el. Az utolsó törlek egészen tisztán kerülnek vissza a mellüregből, miért is annak elzárásához fogunk. Mivel a pleura sebét nagy feszülés miatt teljesen elzárni nem lehetett, a bemeneti nyílás helyén egy körülbelől hüvelykujnyi rés maradt vissza, azért is a mellüregt nyitva kezeljük akként, hogy a pleura részébe két egy centiméter átmérőjű drain-csővet vezetünk s ezek helyének kivételével a lágy részeket bevarrjuk. Műtét után a beteg nyugodtan alszik, pulsus 90, légzés 32. Első három napon át fájdalmas köhögési ingerei vannak, melyek ellen morphium injectiókat kap és szükség szerint coffeint és digalent. Ezután a beteg összeszedi magát és egész a műtét utáni tizenkilencedik napig jól érzi magát, fenn jár, bár apró hőemelkedései egész 37·8°C-ig némelykor vannak és a mellkasból bő váladék ürül. A váladék eleinte tiszta savós volt, azonban idővel egyre zavarosabb, majd genyes lett. A váladék levezetése czéljából a NORDMANN-féle készüléket is alkalmaztuk, mely jól működött, de az alábbi okból eredménytelenül. Márczius 21.-én a betegnek reggel 39°C-os láza van. Mivel a láz oka nyilvánvalólag a genyes exsudatum rossz levezetésében van, a hátsó hónaljvonalban a 10.-ik bordából vagy 2 centiméternyi darabot resecálunk és a mellüregt erről is drainezzük. Ezen beavatkozás után a beteg csak néhány napig érezte könnyebben magát, hőemelkedései nem szüntek meg, a váladék igen bőséges maradt és napról-napra bűzösebb lett. Tekintve, hogy a magas lázak és az állandó genyedés a beteg erejét napról-napra csökkenté, a mellkassfél kiterjedt feltárását végezzük. IV.-ik hó 16.-án chloroform-aether vegyes narcosisban. A X.-ik és XI.-ik bordát majdnem egész kiterjedésében eltávolítva, a mellkast tágan feltárjuk és ekkor kitűnt, hogy a genyedést egy — az első műtétnél bennfelejtett törlek okozta.<sup>1</sup> A mellkast egészen nyitva hagyjuk, naponta tisztán átkötjük. A váladék csakhamar kevesebb lesz, a mellüreg feltisztul. A beteg V.-ik hó 9.-én hagyja el a klinikát, ekkor a behatolás helyén hagyott sebnyílás már teljesen begyógyult, a mellkas-

<sup>1</sup> A műtétnél közönséges és sajnos nem megkötött négyrét összevarrt törlelt használtunk.

feltárás sebe egy alig ceruza vastagságú sipoly kivételével behámosodott, a beteg hosszabb idő óta teljesen láztalan és jól érzi magát. Ambulans kezelés alatt a sipoly további két hét után teljesen bezáródott. Utóvizsgálat XI-ik hó 14-én bal mellkasfél vissza húzódott, a kopogtatási hang felette mindenütt t. é. n. d. Szívtompulat rendes, a mellkasfél a légzés munkájában teljesen részt vesz. Az X sugaras kép a szívárnyékot a rendes helyén mutatja, a mellkasfél a túloldalihoz képest valamivel kisebb, egyébként benne semmi rendellenesség sem mutatható ki. A klinikáról való távozása óta 15 kilót hizott, minden kellemtelenség nélkül egész napi bicikli kirándulásokra képes és teljesen jól érzi magát.

Ezen esetben tehát a belső elvérzés tüneteinek kívül első sorban a kifelé történő állandó vérveszteség jellemezte a kórképet. A tünetek néhány óra alatt való súlyosbbodása nyilvánvalóvá tette, hogy expectatiós kezelés mellett a beteg elvérzik. Ha a kórkép súlyosbbodása akár néhány órával, akár néhány nappal a sérülés után vérzésre vall, úgy a némely oldalról ajánlott punctio és a mellkasbeli vér és levegőgyülem egy részének lebocsátása határozottan elvetendő, mert lényegében tisztán tüneti therápia. Ily punctiónak csak azon esetben lehet haszna, ha egyedül a haemopneumothorax feszülése okozza az életveszélyt és a vérzés már spontán csillapult. A vérzés ismétlődését nem zárja ki, sőt felszabadítván a tüdőt a nyomás alól, annak ismétlődését kiválthatja. Később sterilis exsudatumoknál indokolt a punctio, kifejezett genyedés esetén azonban csakis a tág bordaresectiónak van helye.

### **Összefoglalás:**

1. A penetráló mellkasi sérülések még súlyos kezdeti tünetek mellett is spontán gyógyulhatnak, miért is expectatiós kezelés (morphium, jégtömlő, nyugalom) alkalmazandó, de sebészi beavatkozásra készen.

2. Az áthatoló tüdőszérülés veszélye a vérzésben és a haemopneumothorax feszülésében rejlik. Mindkettő ellen az idejekorán végzett thoraxfeltárás és a tüdő sebének összevarrása



a legjobb eljárás. Az indikációt a beteg állapotának az expectatiós therapia mellett való súlyosbodása fogja megadni.

<sup>1</sup> GARRÉ u. QUINCKE Grundriss der Lungenchirurgie. —  
G. FISCHER Jena 1903.

<sup>2</sup> Deutscher chirurg. Congress. 1905.

<sup>3</sup> SCHÜTTE: Ein Fall von Lungennath. Münch. M. W. 1908. 26. sz.

<sup>4</sup> HILDEBRAND. Jahresbericht. 1905.

<sup>5</sup> KAREWSKY: Chirurgie der Lunge u. Pleura. Deutsche Klinik.

<sup>6</sup> KÜTTNER: Deutsche Zeitschrift. für Chirurgie. 1908. 94. k. I. II. f.

<sup>7</sup> FRIEDRICH P. L. Über Lungenchirurgie. Münch. M. W. 1908. 47. sz.

<sup>8</sup> FISCHER ERNÖ. Tüdőszúrás, tüdővarrat gyógyult esete. B. O. U. Seb.  
1907. 5. sz.

## Jegyzőkönyvek

az Erdélyi Múzeum Egyesület orvostudományi  
szakosztályából.

XV. szakülés 1908. október hó 3.-án.

Elnök: TURCSA JÁNOS.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

1. GÓTH LAJOS dr. *ikercollisio* esetét mutatja be.

Egy 18 éves I. P.-nál medenczevégű fekvést diagnostizáltak és a midőn a magzat vállig megszületik, a napos orvos a karokat kifejti, majd a fejet próbálja kiszabadítani, a mi azonban kivihetetlennek bizonyul. Azonnal előadóért küld, a ki megállapítja, hogy az I. sz. időközben elhalt magzat feje azért nem szabadítható ki, mivel ikerterhesség esete forog fenn és a második magzat feje az első elé nyomulván, az utat teljesen elzárta. Az esetet előadó úgy oldotta meg, hogy előbb a keresztben álló második fejet fejtette ki fogóval s csak a II. magzat megszületése után hozta ki az I.-nek a fejét. A szülés után erős atonia mutatkozik, a mely csak tamponálással küzdhető le. A műtét alatt keletkezett teljes gátrepedést catguttal egyesíti.

A lefolyás egészen kedvező, a repedés per primam egyesült, a II. élő magzat couvense-ben eleinte fogy, 2000 gramm-ról 1600-ra apad, de aztán fejlődésnek indul és 1000 gramm súlygyarapodással bocsátják ki a klinikáról.

Előadó hangoztatja az ikercollisio eseteinek szerfölött ritka voltát, ismerteti a megoldásra ajánlott különféle eljárásokat s végül indokolja, hogy miért kellett ebben az esetben a szülést az általa választott módon befejezni.

(Részletesen megjelenik a „Gyógyászatban“).

Hozzászólás: ÁKONRZ KÁROLY m.-tanár megjegyzi, hogy vagy dekapitálni kell az első számú magzatot, vagy a megszületett törzs kisebbitését kell megkísérelni az utólagos nagyobb sérülések elkerülhetése végett.

SZABÓ tanár nem helyesli a decapitációt, ellenben a törzs kisebbitését igen.

2. STEINER PÁL dr. *Freyer szerint operált prostata- és ondóhólyagrák gyógyult esete.*

A 70 éves betegnél 6 év előtt kezdődtek a vizeelési nehézségek, a melyek gyakori vizeelésben, fájdalomban, erőltetett mictióban állottak. Ezen tünetek folyton súlyosbodtak, jelenleg 8 nap óta teljes vizelet-rekedése van. Végbélben át való vizsgálat kis almányi, igen kemény, egyenetlen, göesös felületű prostatát derít ki, cystoscopiánál erősen bedomborodó prostatát ép nyálkahártyával borítva és trabecularis hólyag-nyálkahártyát találunk. Tekintve a prostata porczkemény megnagyobbodását, a diagnosist *prostatarákra* tesszük. 1908 július 23.-án végezte előadó a műtétet, a mely FREYER szerint transvesicalis úton történt. A prostata kiválasztása csak a basison volt a szokottnál nehezebb, a hol is környezetével és mindkét ondóhólyaggal szorosan összenőtt, miért is kiválasztása e helyen csak élesen történhetett. Az eltávolított prostata kemény, göbös, helyenként vajsárga elhalást mutató részletekkel, 75 gramm súlyú, az eltávolított ondóhólyagok szintén rákosan infiltráltaknak látszanak. A műtét sebet előadó teljesen nyitva kezelte FREYER előírása szerint. A lefolyás 5 napig tartó jobb oldali mellékhere gyulladástól eltekintve, teljesen zavartalan volt, a műtégi seb 5 hét alatt teljesen gyógyult. A vizeelés akadálytalanul megy végbe, éjjel többnyire egyszer sem, nappal 4—5 óránként tiszta vizeletet ürít; újabb vizsgálat recidivát nem mutat. A prostata és ondóhólyagok vizsgálata (VESZPRÉMI dr.) adenocarcinoma-t mutatott ki mindkét szervben.

A prostata rákos megbetegedését régebben ritkaságok közé sorolták, WINIWARTER statisztikájában a BILLROTH-klinikáról 548 rák-esetből 1 esetben fordult elő prostata-rák. Az újabb közlések gyakoribb megjelenésről tesznek tanúságot, így ALBARRAN 100 prostata-tektoniás esetéből 14, KÜMMELL 41 esetéből 9 és a mi 19 prostata-tektoniás esetünkben 1 esetben fordult elő a rák.

A prostata-rák aránylag gyorsan infiltrálja a környezetet; a végbél nyálkahártyája csakhamar szoros összefüggésbe jut a prostatával, vagy karfiolszerű növedék alakjában a hólyagürbe boltosúl. Az ondóhólyagok rákos beszűrődése, miként a bemutatott esetben is, gyorsan jó létre, máskor viszont a húgycső felé terjed a rák, miként azt egy esetben uraemiás állapotban beszállított prostata-rákos betegünkönél észlelhettük. Ismeretes a gyakori metastasis képzés a csontokban, a melyről RECKLINGHAUSEN oly kimerítő tanulmányt írt. Gyakran a prostata-rák minden különösebb helyi tünet nélkül jelentkezik, symptomatologiája nagyjában egyezik a jóindulatú túltengésével; gyakran haematuria, a plexus lumbalis és sacralis mentén kisugárzó fájdalom utal esetleges rosszindulatúságra. A tapintásnál a feltűnő kemény, egyenetlen, assymetriás megnagyobbodás figyelmeztet arra, hogy álképlettel van dolgunk. A prognosis kedvezőtlen, többnyire a korai műtét mellett is.

Az első prostatakiírtást rák miatt BILLROTH végezte, a beteg 14 hó múlva recidivában elhalt. Már a műtéti halálozás is nagyobb, mint a rendes prostatektomiánál, így Pousson 24 esetéből 7; KÜMMELL 9 esetéből 3 halt meg a műtét következtében; általában a perinealis útát választják behatolásul. Esetünkben a transvesicalis úton végeztem a műtétet, a mely behatolás mellett a prostatakiírtás teljesen jól végezhető volt. FRISCH azon tapasztalata azonban, hogy mivel a prostatával együtt rák esetén a pars prostatica urethrae is eltávolíttatik, minden esetben incontinentia áll be, nem fogadható el, mert sem ezen esetben, sem a többi prostatektomiás esetekben, melyekben a pars prostatica urethrae-t eltávolítottam, sohasem állott be incontinentia. Remélhető, ha korai diagnosis alapján radikálisan avatkozunk be, a prostata-rák eddigi szomorú kórjólata is kedvezőbbre fog fordulni, de végleges ítéletet a műtét maradandó értékéről csak nagyobb tapasztalás után mondhatunk.

3. GYERGYAI ÁRPÁD két beteget mutat be, kiknek hypopharynx-ában carcinomát talált.

Hozzászól: KANITZ HENRIK.

4. AUSTERLITZ VILMOS előadása: „Az anatómiai nomenclaturáról.” (L. Értesítő 107—112. l.).

SÁNDOR ISTVÁN hozzászólásában a klinikusokra nézve farsztó feladatnak tartja, hogy a régi, megszokott nevek helyett az új kifejezéseket fogadják be. Erre hosszú idő, évek sora volna szükséges.

AUSTERLITZ fentartja a „nomenclatura” módosításának szükséges voltát, bár elismeri, hogy annak csak úgy lehetne fogantatja, ha a többi orvosi szakok képviselői saját hatáskörüikben megfelelően átdomítanak műkifejezéseiket. Hiszen a pathologia terén is csak úgy hemzsegnék a váltakozó elnevezések egy és ugyanazon kór-alakra vonatkozólag. E téren tehát egységes eljárás volna óhajtható.

## XVI. szakülés 1908. október hó 10.-én.

Elnök: PURJESZ ZSIGMOND.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

1. KANITZ HENRIK nagykiterjedésű *fejtetőrákot* mutat be, mely RÖNTGEN-kezelésre javult.

2. SÁNDOR ISTVÁN dr.: *A Bardenheuer-féle extensiós kezelés.* (II. Folytatás. Betegek és x-sugaras képek bemutatása.) Folyó év április hó 4.-én tartott ülésén a t. Szakosztály engedélyét kértem volt arra, hogy mivel akkor még kellő beteganyag nem állott rendelkezésemre, extensiós eljárással gyógykezelt betegeket egy későbbi alkalommal mutathassak be.

Jelenleg éppen aránylag nagyobb számú törést kezelek ez eljárással a sebészeti klinikán, miért is engedjék meg, hogy éljek

az alkalommal és részben gyógyúlt, részben még kezelés alatt levő betegeket a szakosztálynak bemutatassak. Bár így is igen hiányos lesz a képe annak, a mit a BARDENHEUER-féle eljárással elérni lehet, de azt hiszem, főbb vonásaiban már most is kellő képet mutathatok be, melyet alkalom adtán egyes ritkább esetek bemutatásával fogok kiegészíteni.

A mult ülésen előadottakból egész röviden a következőkben vagyok bátor ismételni a BARDENHEUER-féle extensiós eljárás lényegét és annak előnyeit. Minthogy a végtagesontok töréseinél a dislocációt lényegében az izomzatnak és a környi, lágy részeknek elasticus retractiója, majd pedig lobos, később heges zsugorodása okozza, ezen állandó erőbehatások ellen a kezelés szintén állandóan ható erőkkel czélszerűen alkalmazott súlyok, avagy megfeszített rugók erejével küzd, lehetővé teszi a pontos repositiót, ennek macroscopicus és RÖNTGEN-sugaras controllját. Általa az interfragmentalis nyomás csökken, a törés körüli vérömleny és lob könnyen szívódik fel, a gyógyulás hamarabb és kisebb callussal történik. Ennek következtében a callus túlproductio hátrányai elesnek. Mindezen előnyökhöz hozzájárul az, hogy a kezelésnek igen korai szakában már elkezdődhetik a mechanikus utókezelés, helyesebben kezelés, amely működtetvén az izomzatot, a nyirokkeringés eme szivattyút, úgy ezek, valamint az ízületi tokszallagok és ízület körüli lágy részek heges zsugorodását megakadályozza, a mely körülmény az előbbiekkel, valamint számos, ezúttal nem említett körülménnyel együtt lehetővé teszi azt, hogy az esetek nagy részében, a midőn az anatómiai gyógyulás beáll, a teljes functio helyreállása sem várat magára sokáig. Különösen alkalmassá teszik mindez előnyök a BARDENHEUER-féle kezelést az ízületi és ízülethez közeli törések kezelésére, a melyek eddig talán a legnehezebb feladatok voltak. Mindezt esetekkel leszek bátor igazolni. De hogy elejét vegyem azon vádnak, hogy az extensiós eljárást talán egyoldalúan és érdemen felül dicsérem, ki kell jelentenem, hogy ez eljárást sem tartom panaceának, a melylyel immár minden csonttörést könnyen meg lehet gyógyítani és hogy ennek révén esetleg a csonttörések súlyos sérülési lényegükből jelentőset veszítettek volna, sőt szívösen elismerem, hogy nem egy esetben, pl. és főleg dislocatio nélküli diaphysis törések esetében, a contentivus kötésekkel ugyanily jó eredményt lehet elérni. Kisebb ízületi repedéseknél a tört darab dislocatioja nélkül, ha a vérömleny nem nagy, a mobilisáló LUCAS-CHAMPONIERE-féle massage-kezelés ugyanoly eredményeket adhat, bár nagyon ajánlható, hogy ez utóbbi esetekben, ha nem is sok, de néhány napi extensiós kezelést alkalmazzunk circularis nyomással, mert ennek a mult alkalommal részletezett okokból az ízületi vérömleny és exsudatum felszívódására kitűnő hatása van, a fájdalomasság gyorsan szűnik, úgy, hogy a massage és mozgatás

hamarább és kiadóbban végezhető. Bár tapasztalataim azt mutatják, hogy az extensio korai teljes abbahagyása a már elért eredményt egyrészt a callus növekedése, másrészt a lágyrészek zsugorodása miatt a massage és mozgatás dacára is csökkentheti. Erre nézve szintén fogok esetet bemutatni, sőt t. Szakosztály, akár egynémely hátrányaira is rámutatok ezen kezelési módnak. Aligha van még eljárás, a mely az orvos részéről annyi türelmet, oly sok időt, vesződséget és fáradozást kívánna meg, mint ez. Az elhanyagolás nagyon megboszulja magát, főleg, ha ez a kezelés első időszakára esik. Tagadhatatlanul hátránya az is a methodusnak, hogy az alsó végtag töréseinél minden esetben hosszas ágyban fekvést kíván meg. Arra hajlamos egyéneknél decubitusok, hypostasisos bronchitisek és pneumoniák ugyancsak fenyegetnek, nem szólván arról, hogy a sérültet esetleg elvonván foglalkozásától, anyagilag érzékenyen károsodhatik. Mindezekhez hozzájárul az, hogy a beteg részéről igen sok jóakaratot, intelligentiát és nagy adag türelmet kíván meg azért, mert az utókezelésnek legfőbb momentumai az aktív mozgás és gyakorlatozás, a melyet sem a passzív gyakorlatozás, sem a massage, sem a fürdőzés teljesen nem pótol. Ezen hátrányok persze részben egyéniek, részben pedig bizonyos kautélákkal kikerülhetők. Az eredményeket, a melyeket elérni nekem alkalmam volt, részben a következő esetek kapcsán vagyok bátor, az esetek rövid ismertetésének keretén belül bemutatni.

I. Az első beteg, a kit bemutatni bátorkodom, egy már régen kezelt beteg. S. M. 44 éves nő, 6 hó előtt elcsúszott az aszfalton s mint Roentgen-képe mutatja, a jobb tibia alsó harmadában egy spirális törést szenvedett, a tört felületek igen erős eltolódásával. A hosszanti rövidülés 2 cm. Az ok, mely miatt főleg a beteget bemutatom, az a baleset, mely kezelés közben ért, hogy t. i. a negyedik héten, midőn mindössze is csak 10 kg. súly húzta a lábát, egy éjjelen heves fájdalmat érzett; másnap a lábfejen, a hol a hosszanti húzás polyája nyomta, koronás nagyságú bőr decubitust kapott. Hat hét után teljes gyógyultan hagyta el a klinikát, bot nélkül járt, a decubitus helyének teljes behámosodása azonban még sokáig tartott.

II. U. A. 65 éves mérnök, kinek bal bokáján koezi ment keresztül, a R. képen látni méltóztatik a fibulának a boka felett elfutó szilánkos törését. Viszont látni méltóztatik egy kisebb haránt-repedést a tibián is. A beteget mindössze 17 napig kezeltem súlynyújtással, 21.-ik napon pedig felkelt. A massage mozgatás és gymnastikára kitanítva távozott; 28 nappal a törés után ismét jelentkezett utóvizsgálat céljából s ekkor előadta, hogy aznap 3—4 km. gyalogolt, teendőinek végzése közben botját alig használva.

III. Patella törés. X sugaras képét mutatom be. K. V. 67 éves napszámost, junius havában kezeltem. Patella harántul van törve, a tört végeek távolsága 4—5 cm. Hat heti kezelés után kelt fel

az ágyból, távozásakor 8 héttel a törés után a hajlítás active 125°, a nyújtás pedig teljes. A patella összeforradása csontosan történt, miként ezt a távozásakor készült R. kép bizonyítja. Az elülső vége a tört széleknek nem ér teljesen össze, mivel az alsó tört darabnak a frontalis tengely körül való elfordulását kiegyenlítenem nem sikerült és az belső élével támaszkodott neki a felső tört végnek. A csontos egyesülés azonban kevés callussal így is létrejött.

IV. S. J. 64 éves beteget mutatom be továbbá, a kinél 10 nap óta classicus radius törést kezelek BARDENHEUER szerint. A sánt bator vagyok most itt levétetni és bemutatni, hogy a betegnél a supinatio és pronatio majdnem teljesen szabad, a csuklóizület hajlítása és feszítése passive teljesen, active valamivel kevésbé már most is sikerül. Ezzel kapcsolatban

V. Sz. F. 14 éves kőmives-inas Roentgen-képét mutatom be, a melyen látni méltóztatik a rendkívül súlyos eltolódását a tört végeknek. Ez eset is classicus radius törés, azonban a nagy eltolódáson kívül az ulna erős infractiójával van complicálva. 17 napig tartott nála a kezelés, két hétig utána massage; teljes gyógyulás, úgy functionalis tekintetben, mint anatomicé, a mint a gyógyulás után készített ezen R. képen látni lehet.

VI. H. J. 26 éves gyári munkás, bal karja a transmissió szi alá került. Mint a R. felvétel mutatja, a bal felkar közepe alatt comminutiv fracturát szenvedett, 2 nagyobb és néhány kisebb szilánkra van törve a diaphysis. E sérülést a beteg szept. 10.-én, egy hónappal ezelőtt szenvedte, jelenleg a mint látni méltóztatnak, a beteg teljesen kötés nélkül jár, felkarját ép úgy használja, mint a másikat, a különbség egyelőre a motoricus erő csökkenése. Bár tehát itt a functionális gyógyulás tökéletesnek mondható, a tört végek anatomiai repositioja, a mint az a mellékelt képen látható, kívánni valót hagy hátra. A tört darabok tengely állása kifogástalan, azonban a kitört darabok épűgy dislocálva vannak, mint kezelés előtt.

VII. K. L. 22 éves napszámos. Egy barátja IX/26.-án, ma két hete, egy levelet akart kezéből kicsavarni és a mint karját hirtelen megcsavarta, szenvedte el a sérülést. A bal felkar közepe alatt spirális törést mutat, a diaphysis erős dislocatiójával és egy kb. 4 cm. hosszú szilánk kitörésével. A beteget az alkalmazott BARDENHEUER-sínnel együtt mutatom be, és a beteg egyszersmind bemutatja T. Sz. a gymnastikát is, a melyet felkar törötteknel a kezelés alatt végeztek.

VIII. Cs. J. 33 éves szolgát mutatom még be, ki 10 nap előtt egy kb. 5 m. magas fáról esett le és szenvedett egy súlyos beékelte törést a jobb felkar sebészi nyakánál. Ezt a beteget a mai napig ágyban fekvé kezeltem és csak ma alkalmaztam nála B.-sínt; látni

méltóztatik, már ő is képes a sínnel együtt vállizületéből mozgásokat végezni, mindenesetre sokkal kisebb fokban, mint az előbbi beteg.

IX. és X. H. T. és P. V. 7 éves fiúk. Öt hét előtt kerültek kezelésem alá, mint a R. képen látni lehet igen súlyos supracondylicus humerus fracturával. A dislocatio mindkét esetben typusos volt, t. i. a distalis tört vég hátra és felfelé csúszott el, azonkívül még a másiknál oldal felé történt nagyobb fokú eltolódás. Ma, 5 heti kezelés után, látni méltóztatik, mindkettőnél az activus hajlítás 90 fokon túl lehetséges, a nyújtás az egyiknél teljes, a másiknál 170—175 fok körül van. És a míg az előbbinél az erő kifejtés alig kisebb az ép karhoz viszonyítva, addig ezen másik gyermeknél, a ki sokkal fejletlenebb és rosszúl tápláltabb is, és kit a gymnasticára és activ mozgásra semmikép sem tudok rávenni, ezen mozgítás egyelőre még lényegesen kisebb erővel történik.

XI. Végül legyen szabad még eme négy éves fiúcskát, S. A.-t bemutatni, kinek sérülése hasonló, a mennyiben izületi törés, de sokkal kisebb fokú Nyolcz nap előtt bal könyökére esett, a könyök erősen megduzzadt, nagy haematoma volt a külső oldalon, hajlítás és feszítés lassan vigyázva kivihető volt ugyan, ezen közben tapintásnál recsegés volt érezhető. Mint a R. képen látni lehet, a capit. hum. felett van egy kis szilánk letörve; öt napig súlynyújtással kezeltem, három nap óta LUCAS CHAMPONIERE-féle kezelésben részesül. A mint látni méltóztat, kitünő functionális eredménnyel, bár a recsegés kis mértékben most is érezhető.

Ezekben voltam bátor Tisztelt Szakosztály a BARDENHEUER-féle kezelés eredményeit vázlatosan bemutatni. Igyekeztem pedig ezt tenni a lehető legtárgyilagosabb módon, kiemeltem a hátrányokat, előnyeit példákkal és x-sugaras képekkel demonstráltam. Úgy hiszem nyugodt lélekkel állíthatjuk, hogy BARDENHEUER-nek elévülhetetlen érdeme, hogy az extensiós eljárást felkarolta, tökéletesítette és ezzel egy oly eljárást adott kezünkbe, mely sok tekintetben haladást jelent az eddigi kezelésekkal szemben.

3. SZABÓ JÓZSEF előadása: „*Familiaris gerinczvelő megbetegedés esete*“. (L. Értesítő 113—119 l.)

## XVII. szakülés 1908 október 17.-én.

Elnök: PURJESZ ZSIGMOND.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

BLUMENFELD SÁNDOR előadása: *Tuberculinnal való gyógykezelésre vonatkozó tapasztalatok.*

Az előadás bevezető részében (egész terjedelemben megjelent Gyógyászat 45., 46., 47. számaiban) röviden foglalkozik a tuber-



culin diagnostikai adagolása módjával és a reactio használhatóságával. Felemlíti KOCH, ERLICH, WASSERMANN stb. véleményeit, illetve theoriáit a reactio lényegéről, majd ezek után reátér előadásának tulajdonképpeni tárgyára, a tuberculin gyógyértékére. Koch-féle Alttuberculinnal két év alatt több mint 90 beteget kezeltek a tüdőbetegosztályon, kik közül hosszasabban 33 volt észlelés alatt és pedig 18 I. stadiumban, 9 II. stadiumban, 1 III. stadiumban és egy I—II., kettő pedig II—III. stadiumbeli.

Az injectio kezdeti adaga legtöbbször  $\frac{1}{100}$  mgr. volt, ritkábban ennél nagyobb vagy kisebb. Az adag fokozását előadó mindig attól tette függővé, hogy volt-e reactio az azelőtti adagra, vagy nem, ha nem, akkor fokozta, ellenkező esetben pedig ugyanazt az adagot fecskendezte be.

Csak olyan betegeket vett kezelésbe, kiknél vagy Koch-bacillus volt kimutatható a köpetben, vagy pedig többé-kevésbé kifejezett eltérések mellett positiv tuberculin reactiót mutattak.

Az eredményeket illetőleg egy-két esetben látott határozott javulást a physicalis tünetekben. A többi tüneteket illetőleg pedig alig volt egy néhány beteg is, kinél javulás nem mutatkozott volna. Így a köhögés, oldalnyílalások, éjjeli izzadások megszűntek vagy csökkentek. Testsúlyuk, kettőt kivéve, gyarapodott és pedig elég sokat, így pl. három betegnél 10—12 kiló súlygyarapodást látott.

Hogy e tünetek javulása mennyiben tulajdonítható a tuberculin hatásának, nehéz megtudni, hiszen a legtöbb betegünk a munkásosztályhoz tartozik, kik rossz viszonyok közt éltek odakünn, ha most hónapokon keresztül pihen, jó táplálkozási és hygienicus viszonyok közé kerül, már ez maga is nagyban hozzájárul a tünetek javulásához.

Nemcsak KOCH-féle tuberculinnal, hanem SPENGLER 1904-ben ajánlott gyöngy-tuberculinnal is végzett ojtásokat gyógyítási célokból. SPENGLER-nek ide vonatkozó tapasztalatait említi meg, majd pedig azt a kérdést fejtegeti, hogy mennyiben sikerül gyakorlatilag kimutatni, hogy adott esetben typus humanus vagy typus bovinussal van dolgunk. T. i. SPENGLER a szerint, a mint egyik vagy másik fajtájú fertőzés van jelen, végzi ojtásait gyöngykórtuberculinnal (emberi típusú bacillus fertőzésnél) vagy tuberculinnal (typus bovinus fertőzésnél). A SPENGLER által ajánlott elkülönítő festési eljárást előadó nem tartja megbízhatónak, ennek segítségével a fertőzési typust sohasem tudta megállapítani. Különben ezzel a tuberculinnal is ugyanolyan megbírálás alá tartozó eredményeket értek el, mint a KOCH-félével. Mindkettőről azt mondja: hogy ma még egyik sem szerepelhet mint fajlagos szer a gümőkórosok gyógykezelésében. Minthogy ártalmakat sohasem észlelt, ajánlja a további alkalmazást, mert csak több évi tapasztalat után mondhatni egyik vagy másik irányban határozottabb véleményt.

*Hozzászólás:* VERESS FERENCZ azt kérdi előadótól, hogy nem volna-e tanácsosabb a tuberculin továbbadagolásánál az opsonin-index meghatározása.

Előadó megjegyzi, hogy opsonin-index meghatározásokkal régebb idő óta foglalkozván, arra a tapasztalatra jött, hogy ennek meghatározásánál még kevésbé biztosan tudjuk a tuberculint fokozni, mert könnyen eshet a meghatározásnál hiba.

PURJESZ tanár hasonló értelemben szólal fel.

### XVIII. szakülés 1908 október hó 24.-én.

Elnök: PURJESZ ZSIGMOND.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

1. STEINER PÁL dr.: *A hímvessző és a herezacskó bőrének traumás eredésű teljes lehántásának phalloplastikával gyógyult esete.*

A 40 éves beteg két és fél hó előtt szenvedte el fenti sérülést, mely úgy jött létre, hogy a cséplőgép forgó rúdja inge alsó részét elkapta, az úgy képződött fodor herezacskójának, mint penisének bőrét egy darabban leszakította. A beteg a sérülés után 5 órával jött a klinikára, a lehántott bőrt papirosban magával hozta. Felvételnél a penis egész terjedelmében bőrtől fosztott, csak a fityma maradt meg épségben, a scrotum bőre teljesen hiányzik, a herék burkukban lemeztelenítve szabadon lógnak. A seb szennyes, úgy szintén a bemutatott lehántott bőr is, miért is a bőr visszahelyezését meg se kíséreltük, hanem csak a seb antisepsises ellátására szorítkoztunk. Rendszeres kezelésre élénk sarjadás indult meg, mindkét here a lágyékesatorna külső nyílásához visszahúzódott, a herezacskó bőre a környékről regenerálódott. A penis bőrét 1 hó előtt a megmaradt fityma lemezeiből plastikával rekonstruáltuk és jelenleg teljesen hámos állapotban mutatja be előadó a beteget. Vízelési nehézségek nem állnak fenn, erectió akadály nélkül megy végbe.

Hasonló esetet észlelt előadó ugyancsak 2 hó előtt 12 éves betegnél, kinél a penis bőrének teljes lehántása úgy jött létre, hogy a cséplőgép kereke gatyáját elkapta és a felcsavart fodor szakította le penisének bőrét.

A hímvessző és a scrotum bőrnek teljes lehántása a ritkább sérülési alakok közé tartoznak, kóroktanukban közös vonás, hogy a forgó tengely a beteg ruháját csavarja fel és ez szakítja le a külső nemzórészek bőrét, ritkán kerülnek a nemzószervek maguk felcsavarására. Úgy ezen 2 esetben, valamint KAPPELER összegyűjtött 9 esetében így jött létre a sérülés. A herék úgy a bemutatott esetben, mint az irodalomban ismertettekben a lágyékesatorna külső nyílásához, sőt elvétele a belső nyíláshoz is visszahúzódnak és ha csak

kevés scrotalis bőr épségben megmarad, spontan gyógyulás szokott létrejönni. Ezen bemutatott esetben is a herezacskó bőre spontán regenerálódott. Nem ily egyszerűek a viszonyok a penis bőrének pótlásánál. THIERSCH- vagy KRAUSE-féle lebenyek a műtét által kifejtett ingerek következtében beálló erectiók miatt ritkán tapadnak meg, a plastikai műtétek sikerét is gyakran épp az erectiók tohetik illusziussá. A plastikát illetőleg szóba jön a megmaradt fityma felhasználása. Ha a scrotum bőre megmarad, ez értékesíthető DIERFENBACH ajánlatára akár mint nyeles, akár mint hídalakú lebeny. Kevésbé alkalmas a KÖNIG-, BESSEL- HAGEN-féle módszer, mely a hiányzó bőrt a hasfalról pótolja és legkevésbé alkalmasak a czomb-ról vett bőrlebenyek. Jelen esetben a fityma lemezeinek plastikus lebenyes felhasználásával sikerült a teljesen lemeztelenített penis bőrét úgy pótolni, hogy az erectió nem fájdalmas, a penis ilyenkor a kellő helyzetet nyeri el úgy, hogy a beteg jelenlegi állapotával meg van elégedve.

2. GÓTH LAJOS dr. előadása: A többes terhességek jelenségéről, hármas terhességek eseteinek bemutatásával. (L. Értesítő 120—128 l.)

3. VESZPRÉMI DEZSŐ dr.: NEGRI-féle testeket mutat be emberi veszőtség esetéből.

## XIX. szakülés 1908 október 31.-én.

Elnök: UDRÁNSZKY LÁSZLÓ.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

1. GÓTH LAJOS dr. hasúri daganatok bemutatása czímén a következő esetekről számol be.

I. Az egész hasat kitöltő multilocularis kystoma esete, a mely klinice egy rosszindulatú hasúri daganat tüneteit mutatta és a melyet vidéki kórházakban 6 ízben — mint inoperabilis esetet csapolással kezelték. A proba laparatomia alkalmával SZABÓ tanár radicális műtétet tudott végezni. Az eset ismét igazolja SZABÓ tanár ama mindig hangoztatott elvét, hogy hasúri daganatok kétes eseteiben soha sem szabad csapolni, hanem mindig proba laparotomiát kell végezni. A gyógyulás zavartalan volt.

II. 6500 grn.-os, a bal ligamentum latum lemezei közé nőtt és a méh bal szélével már csak vékony részlettel összefüggő fibromyoma, melyet bemutató laparotomiával távolított el. A műtétnél a hasüreg megnyitása után a ligamentum latum mellső lemezét is végig kellett hasítani, a daganatot ágyából kihámozni és több vérző eret elkötni. Toilette a lig. latum felesleges részének reszecálásával, a csont összehúzásával és a lig. latum lemezeinek egyesítésével. Hasvarrat. Gyógyulás — kisfokú szúrtesatorna genyedéstől eltekintve, zavartalan.

III. A III.-ik eset a szövődmények egész sorozatát mutatja, a melyek műtét előtt részleteikben diagnosztisálva voltak. Még pedig egy ökölnyi fibromyomás uterus, kétoldali salpingitis és baloldali ökölnyi ovarialis cysta (utóbbi a műtétnél embriomának bizonyult). A műtét amputatio supravaginalis uteri- és adnexotomia bilateralisból állott, a peritoneum 2 lemezének egyesítésével. Hasvarrat.

A műtét óta csak három nap telt még el, de a beteg teljesen jól van.

*Hozzászól:* SZABÓ DÉNES tanár, a II.-ik eset erős bizonyítéka az asepsisbe vetett bizalomnak, az ilyen nagy daganat kihámózása után megmaradt üreget régebben drain nélkül elvarrni nem mertük. A betegnél mutatkozó kemény tömeg nem is igazi izzadmány, hanem esetleges vérzéssel kitöltött tömeges daganatfal, a mely lassanként vissza fog fejlődni, a hőemelkedések innét is, de a szomszédságban lefolyó lobtól is eredhetnek.

A kórismézés határait az adott körülmények, a vizsgálatnál talált nehézségek stb. erősen befolyásolhatják, míg pl. a 3.-ik esetben a vékony hasfalak a tapintást annyira könnyítették, hogy a méh két göbjét és a megnagyobbodott petefészkeket, melyeket a lobos petevezetők fogtak körül, egészen jól lehetett elkülöníteni. A gyermekfejnyi petefészektől ugyan embriomának bizonyult, de éppen itt van a határa a daganat minősége kórisméjének. Ha a vizsgálatnál teljesen a száraz vizsgálati lelet alapjára állunk, a műtétnél csalódás nem ér, itt is, valamint a 2.-ik esetben, a daganat van leírva a nélkül, hogy természetére következtetést, vagyis ítéletet mondanánk, mert itt már egyéni hang vegyül bele a vizsgálat tárgyi-lagos eredményébe. Hogy az a vékonyfalú folyadékot tartalmazó daganat cysta, haematoma, dermoid, sacto-salpinx, az már csakugyan ritkán lesz eldönthető előbb, mint a műtétnél, éppen úgy kemény, feszes daganat folyadékot is tartalmazhat, de fibromyoma, sarcoma, carcinoma is lehet, a mit legtöbbször csak a műtét után a góresövi vizsgálat fog eldönteni. Nem ritkán olvasni ily anticipált kórisméket, a hol a vizsgálat tapintással megállapítja, hogy sarcoma cylindrocellulare van jelen. A legnehezebb a vizsgálat folyamán megállani a teljesen tárgyi-lagos lelet felvételénél, hozzászóló a befolyásolás ellenében úgy védekezik, hogy a bemondott, jelzett diagnózisnál azt iparkodik kimutatni, hogy a vizsgált esetben nem az van jelen. Igaz, hogy minden vizsgálatba bizonyos része az Énnak belejátszik, abból teljesen kivonni magunkat nem igen fog sikerülni, de arra kell törekednünk, ha tévedéstől szabadulni akarunk. Az előre megállapított diagnózis esetében, még a legellentétesebb tárgyi-lagos tényt is okoskodással megmagyarázunk, mint ezt pl. a rózsahegy medvebonczolásnál látjuk.

*Hozzászól* még MAKARA LAJOS tanár.

2. CSIKY MIHÁLY és JANCsó MIKLÓS: „A Wassermann-féle *syphilis serodiagnosisáról*“ tartanak előadást.

Ismertetik a reactio lényegét, annak kivitelét és bemutatják több esetből azok eredményét. Előadásukban hangsúlyozzák, hogy még nagyobb számú vizsgálatot kell hogy végezzenek, a míg a reactio értékéről nyilatkozhatnának; eddigi tapasztalataik azonban igen kielégítőek, mert biztosan nem syphilitikus egyéneknél egy esetben sem találtak positiv reactiót, ellenben syphilitikusoknál igen nagy szá-  
zalékban.

## XX. szakülés 1908 november hó 7.-én.

Elnök: TURCSA JÁNOS.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. GYERGYAI ÁRPÁD dr. „*Bronchosopia és oesophagosopia directa, különös tekintettel a bázsingba és légútakba jutott idegen testekre*“ czímen értekezik, a kérdés jelen állását fejti ki. Majd általa észlelt esetekről számol be.

1. K. D. 7 éves leánygyermek 2 nap előtt 4 krajczáros nagyságú régi pénzt lenyelt, mely torkán akadt, azóta nyelni nem tudott. Légzés különösen fokozott, mozgásnál stenoticus, hangja tiszta. Röntgen-képen I. borda magasságában látszott a pénz, melyet chloroform narcosisban oesophagosopia segítségével Gy. eltávolított.

2. S. M. 41 éves, magastermetű asszony, ebédkor evésközben eselédjére rákiáltott s a különben is könnyen kijáró egy foggal ellátott felső műszájpadat lenyelte, mely a nyelőcsőben megakadt. Cocain adrenalin anaesthesia mellett végzett oesophagoscopiánál 19 cm.-nyire a szájnnyilástól lehetett látni a foglemez felső szélét. A szem ellenőrzése mellett eltávolított lemez domborulatával hátrafelé volt fordulva, a középén levő fog balra nézett.

3. Cs. J. 62 éves cigánynak 28 órával előbb nagy darab hússal összefüggő juh oldalborda akadt a torkán, 22 cm.-nyire a fogszéltől az oesophagusban annyira be volt ékelődve, hogy mögéje vezetett horoggal történt kimozdítása után sikerült csak kihúzni.

4. Javakorabeli földmíves oesophagus kezdeti részéből távolított el egy nagy fennakadt pulykanyakesigolyát.

Négy esetben lügmérgezés után képződött nyelőcső stricturába megakadt idegen testet távolított el oesophagoscopiával:

5. D. Gy. 10 éves tanulónál 20 cm.-nyire a fogszéltől.

6. S. I. 17 éves szerelőnél 30 cm.-nyire fennakadt nagyobb húsdarabot.

7. V. F. 15 éves kereskedősegédnél 27 cm. mélyen fennakadt szilvamagot távolított el.

8. V. M.-ménál 3 izben 40 cm. mélyen, közvetlen a cardia felett megakadt ételdarabokat szedett ki.

Gy.-nak egy esetben volt alkalma tracheából idegen testet eltávolítani. M. V. 6 éves, napszámos leányának bejövetele előtt 7 nappal egy tökmag csuszott le a légcsővébe. Rögtön erős köhögési és fulladási roham lépett fel, mely rövid időn belül elmúlt s a gyermek teljesen jól érezte magát, az anyja nem tartotta szükségesnek orvosnak megmutatni. Ötöd napon a gyermek kezdett köhögni, hetedik nap reggel hirtelen fulladási roham lépett fel, a mentők az erősen cyanoticus gyermeket beszállították a sebészeti klinikára. A chloroformált beteg száján keresztül a tracheába elég mélyen bevezetett 5 mm. átmérőjű csövön át hirtelen köhögés kíséretében nagymennyiségű fehéres habos váladék ürült. A tubus kitakarítása és újból bevezetésekor a trachea alsó részén a lélegzésnél mozgó tökmagot megtalálta, csipeszszel megfogta s mivel a tubuson keresztül nem fért, ezzel együtt húzta ki a légcsőből. Az előbb igen cyanoticus beteg ajka hirtelen visszakapta piros színét, a gyermek másnap már teljesen láztalan volt, bronchitise megszűnt.

Hogy milyen súlyos következményekkel jár a tüdőbe került idegen test, BUDAY tanár és KENYERES tanár gyűjteményéből 4 készítményt mutat be. Elsőnél 6 éves gyermek zápfogat aspirált, 3 hónapig utána jól volt, iskolába járt, játszás közben hirtelen összeesett és meghalt. Jobb alsó és középső lebeny teljesen légtelen pneumoniás volt, a halált a fog hirtelen kimozdulása és a mögötte meggyült nagymennyiségű nyák beömlése a többi hörgőbe okozta. 2-ik készítmény 19 éves kereskedősegédttől származik, ki 15 év előtt 3 cm. hosszú szeget aspirált a jobb alsó hörgőbe, közvetlen halálok bronchorrhagia. Jobb tüdő erősen heges, légtelen volt, hörgők kitágultak. 3-ik készítmény 3½ éves gyermektől származik, kit mint crupost kezeltek, betegségének 17-ik napján exitált. Jobb hörgő első elágasodásánál 1 cm. hosszú mogyoróhéjat találtak, jobb felső lebeny légtelen, pneumoniás volt, diffus bronchitis. Gégében a héj sértése következtében kiterjedt perichondritis volt. 4. 46 éves aszszonynál egy elmeszesedett peribronchialis mirigy áttört a bronchusba, a jobb alsó lebeny hörgőben mint idegen test feküdt, a tüdőlebeny gangraenáját okozta.

Ezután Gy. rámutat az oesophagoscopia, illetőleg tracheobronchosocopia jelentőségére nyelöcső megbetegedéseknél, lueses trachea és bronchus-szűkületek kezelésénél, a lumen felé növvő, jóindulatuk dacára életet veszélyeztető daganatok eltávolításánál (chondroma v. EICKEN), továbbá descendáló crupnál.

II. KANITZ HENRIK dr.: *A leukoderma syphiliticumról* értekezik klinikai megfigyelések alapján. 566 leukoderma eset pontos feldolgozásának főbb eredményeit a következő pontokban foglalja

össze: 1. A leukoderma syphiliticum sokkal gyakoribb nőknél, mint férfiaknál. A nők számbeli túlsúlya nem vezethető vissza az erősebb insolatióra, melynek ruházkodásuknál fogva ki vannak téve. Valószínű, hogy a napfény egyáltalában nem játszik döntő szerepet a leukoderma létrehozásában. 2. A leukoderma fellépési ideje az esetek túlnyomó többségében a syphilis első évének első felére esik, azonban némelykor későbbben keletkezik a leukoderma. Fennállásának tartama átlag 6—8 hónap, kivételesen hosszabb idő, esetleg néhány év. 3. A leukoderma leggyakoribb székhelye a nyak és tarkó bőre, ezután következik gyakoriság szerint a hónaljredő, vállak, hát, mell bőre. 4. A leukoderma vagy előre ment exanthema nyomán fejlődik (leukoderma postexanthematicum), vagy önállóan lép fel. Úgy látszik, hogy a keletkezés utóbbi módja a gyakoribb. 5. A leukoderma típusos formájában kizárólagosan bujakóros egyéneknél fordul elő és így a syphilis biztos jele gyanánt tekinthető. 6. Leukoderma alapján a syphilis korát nem lehet teljes pontossággal megállapítani, de fennálló leukoderma mindenesetre korai syphilis mellett szól.

Egész terjedelemben megjelent a Gyógyászat 48—51. számaiban.

## XXI. szakülés 1908 november 14.-én.

Elnök: SZABÓ DÉNES, utóbb PURJESZ ZSIGMOND.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

1. PURJESZ ZSIGMOND bemutat három beteget:

a) Az 51 éves férfi gyakori véres székletéről panaszkodik. Vizsgálatánál nagy kiterjedésű nyálkahártya leválást találtak a sebészeti klinikán, a hová a beteget esetleges műtét végett szállították volt át. Vázolja az ilyen nagy kiterjedésű nyálkahártyaleválás következményeit és utal a sebészi beavatkozásra.

b) A 21 éves fiatal ember több hónapja beteg, végtagjait, különösen a térd- és csípőizületben, nem tudja használni, a gerincoszlop alsó része kissé merev, patellaris reflex fokozódott, az adductorokban alig érezhető merevség. Az esetet a *Marie-féle spondilose rhizomelique* egy típusának tartja. Fibrolysin befecskendezéseket kap a beteg, melyre némileg javulni látszik az állapot.

c) *Arthropathia tabica*-ban szenvedő nő, kit a bántalom kifejezett volta miatt mutat be.

**Hozzászólás:** STEINER PÁL dr. az első esethez szól hozzá. Ily nagy kiterjedésű végbélfekélyesedés esetén javaltanak tartja a colostomiát, mely lehetővé teszi, hogy az így kirekesztett végbél nyugalomba jusson, alaposan átöblíthető legyen és a gyógyulás feltételei biztosíthatnak. Ha a nyálkahártya regenerációja bekövetkezett és az



konsekutív szűküléssel jár, úgy a szűkült bélrész nagyságához mérten a végbél amputációja jöhet szóba sacralis, vagy ha kell, abdomino-sacralis úton. Egy harmadik műtéttel a praeliminaris, gyógyító szempontból megalkotott anus praeternaturalis elzárható és így teljes gyógyulást érhetünk el.

*Hozzászól* még SZABÓ tanár és megjegyzi, hogy a bél nyálkahártya leválása igen könnyen létrejöhet s könnyen le is húzható, de az ilyen lehúzott nyálkahártyával befedni a hiányt, nem tartja cél-szerűnek.

2. SÁNDOR ISTVÁN dr.: *Mindkét bal tüdőlebeny lövési sérülése. Tüdőcarrat, gyógyulás* ezimen tart előadást. (L. Értesítő 129—137 l.)

## XXII. szakülés 1908 november 21.-én.

Elnök: PURJESZ ZSIGMOND.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

KENYERES BALÁZS előadása: „A szakértői működés körül előforduló hibákról” ezimen.

## XXIII. szakülés 1908 november 28.-án.

Elnök: PURJESZ ZSIGMOND.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

1. POTOCZKY DEZSŐ két appendicitis esetből származó kórbonecz-tani készítményt mutat be.

2. GYERGYAI ÁRPÁD dr. két beteget mutat be.

a) Orbitalis szövődménynyel járó iköböl-genyedés műtéttel gyógyult esete.

S. Gy. 40 éves téglavető asszony f. év április közepén erős főfájás kíséretében beteg lett, 8 nap múlva bal szemhéja megdagadt, szeme fáj, látása kissé homályosabbá vált és a fény igen sértette. Május 7.-én vidékről bejött; a kolozsvári szemészeti klinikán bal szemhéjakat oedemásan duzzadtaknak találták, kis exophthalmus volt jelen, szemfenék azonban eltérést nem mutatott. Pár hétig a szemészeti és belgyógyászati klinikán gyógykezelés alatt állott, nem javult; nyarat családi viszonyai miatt vidéken töltötte. Egész nyáron borzasztó főfájása volt, úgy, hogy néha egészen őrgöngött az iszonyú fájdalomtól. Dolgozni képtelen volt, sötét szobában tartózkodott, mert a fényt nem tűrte, a lámpavilágot bal szemével pirosnak látta. F. év szept. 9.-én újból felkereste a szemészeti klinikát, 11.-én átküldték Gy.-hoz orrvizsgálatra azzal, hogy papillitis intumescens,



exophthalmus és oedema palpebrarum l. s. van jelen, melynek oka ismeretlen. Orrvizsgálat az orrkagylók túltengését mutatta, mellülről geny nem volt látható, rhinoscopia post.-ral a bal rec. sphenoethmoidalis táján igen kis genyecsappcske mutatkozott, mely más napokon végzett vizsgálatnál is többnyire ugyanott fel volt található. Átvilágítás, Röntgen különösebb felvilágosítást nem adott. Szept. 18.-án szemvizsgálat (dr. BORBÉLY): Visus j. o.  $\frac{6}{10}$ , b. szemén  $\frac{6}{20}$ . Bal szemhéjak kissé duzzadtak, orbitalis ránczok elmosódottak, a bőr élénkpiros színű, felső szemhéj kissé lelóg, felfelé nézéskor nem egészen emelhető (kis fokú ptosis). Bulbus szemüregből kissé előre van tolva. Bal pupilla rendesenél tágabb, 5 mm. átmérőjű, fényre, alkalmazkodásra és consensualiter is alig reagál. Tükörvizsgálatnál háttér kissé fátyolozott, papilla n. opt. 3 D.-nyira elődomborodik, vörössesszürke színű, határai elmosódottak, arteriák a rendesenél szűkebbek, míg a vénák teltebbek és kanyargósak. Edények néhol a duzzadt papilla által fedetnek, papillát környező retinalis részlet beszűrődött.

Október 1.-én Gy. cocain adrenalin érzéstelenítés mellett a középső orrkagyló hátsó felét eltávolította, a sin. sphen. bedugúlt nyílásán át sondát vezetett, midőn mellette sok geny ürült. Nyílás tágítása HAJEK-féle horoggal és csípővel. Genyből streptococcus culturák eredtek meg.

Az operatio után 3-ad napra a beteg már valamivel könnyebben érzi magát, 5-öd napra a szemhéjak oedemája, az exophthalmus teljesen megszűnt. 3 hét múlva (okt. 21.) végzett szemvizsgálatnál kitűnt, hogy balszemen a visus  $\frac{6}{15}$ , pupilla középtág, jól reagál, háttér kissé még fátyolozott, papilla n. opt. határai jól kivehetők, edények rendesek. November 23.-án baloldalt  $\frac{6}{12}$ -re javult a visus, jobboldalt  $\frac{6}{10}$ -ről  $\frac{6}{6}$ -ra, szemfenék nagyjában gyögyultnak tekinthető.

Röviden összefoglalva, ez esetben az orr részéről szinte tünetek nélkül fennálló ikéből genyedéshez neuritis retrobulbaris, papillitis, szemhéjak oedemája és ptosis társult, melyek közel  $\frac{1}{2}$  évi fennállás után az ikéből megnyitására megszűntek. A bal ikéből volt beteg, de a bal erősebben megtámadott szemén kívül a jobb látása is kissé szenvedett.

b) Középfülgenyedéshez társult sinus thrombosis esete. Vena jugularis lekötése és sinus transversus feltárása a torcularig. Gyógyulás.

B. M. 17 éves munkásleány füle 1908 májusban fájni és folyani kezdett s a következő 2 hónapban genyedzett, általában gyengélkedőnek érezte magát, többször fájta a feje. Julius 26.-án táncz után hirtelen erős főfájás, hányás kíséretében rosszúl lett, 28.-án a belgyógyászati klinikára vették fel. — A belgyógyászok a naponta fellépő hidegrázásnak,  $40^{\circ}$  C-on felül terjedő, majd

megint a normalisra leszálló hőmérséknek semmi magyarázatát sem találták. Gy.-t felülvizsgálatra aug. 7.-én áthívták: bal külső hallójáratban geny, hátul, alúl a dobhártyán perforatio, hallás kitakarítás után susogó beszédre 20 cm., Weber balra, Schwabach hosszabb, Rinne negatív baloldalt, Proc. mast. kissé érzékeny. Gy. operatiót ajánl.

Belgyógyászaton a következő napokban chinint adagoltak, javulás nincs, sőt a proc. mast. alatt a nyak megdagadt, nyomásra igen fájdalmassá vált. Aug. 13.-án sebészetre áttették a beteget. Szemvizsgálatnál a retina venáit mindkét oldalt kissé teltebbeknek találták (MARKBREITER I.). *Operatio.* Aether chloroform narcosisban a középfül, scala media és post. szabaddá tétetett, középfülben sarjak, scala posticában subduralisan geny, sin. transversus nem lüktet, próba punctiónál semmi sem ürül. Vena jugularis szabaddá tétele; kiürítve és centralis irányban lezorítva nem telik meg; vena jugul. centralisan lekötése, periferia felé felmetszése, lennebb fali, fennebb obturáló thrombus; bulbus szabaddá tétele, sin. transversus megnyitása, széteső thrombus eltávolítása.

Pár napig az operatio után hőmérsék valamivel lennebb szállott, később azonban újból az előbbi fokra emelkedett, a sin. transversus még fel nem tárt torcular felé eső részéből geny szivárgott.

VIII. 27. A sinus transversus feltárása a torcularig; a sinusban genyesen szétesett thrombus, torcularnál erős vérzés.

Az operatio után a beteg hosszasan lázas volt, a hőmérsék azonban folytonosan esökkenő tendenciát mutatott. Közben argent. colloidalé bedörzsöléseket és beöntéseket kapott. Az operatio után 3 hétre a beteg teljesen láztalanná vált. A seb is lassanként behámosodott és a beteg teljesen meggyógyult.

*Hozzászólás.* MAKARA L. dr.: A bemutatott otitis lefolyásának előadásában bemutató úr elfeledte fölemlíteni, hogy a pyaemiás jellegű lázak megszüntetése céljából, a mikor azok a második műtét után is fennmaradtak, CREPÉ-féle argentum-colloidalé kezelés alkalmaztatott részint percután, részint a végbélén át. Ezen kezelésnek is úgy látszik része volt a súlyos, szinte reménytelen állapotú beteg megmentésében.

A másik megjegyzésem általában vonatkozik a mai bemutásokra. A ma bemutatott esetek véletlenül valamennyien rejtett genyedések szövödményei. A Poroczky tagtárs úr által bemutatott appendicitis esetek élénken illusztrálják, mily gyakran képezik az appendicitisek a látszólag rejtelmesen fellépő hashártyagyulladások okát.

Az ikéből-genyedéshez társult neuritis retrobulbaris pedig mutatja, mennyire fontos sokszor neuritis opticánál az orr melléküregeinek gondos megvizsgálása s a betegség okának felderítésével

milyen meglepő sikereket érhetünk el e téren, a mint azt ma már számos eset bizonyítja.

Tisztelt uraim! Kell, hogy a modern sebészi gondolkodás a gyakorló orvosok vérévé váljék, kell, hogy belássuk, miszerint csak a különböző klinikusok együttműködése mellett lehet a betegek érdekeit mindenben szolgálni.

Ma még nálunk úgy az appendicitisek, mint az orr melléküregeinek betegségei, de sőt sok más, a sebészi gyógyításnak jól hozzáférhető betegség nem részesül a kellő figyelemben.

Eszembe jut sokszor ama vidéki kartárs, ki egyik vándorgyűlésen valami modern szülészeti műtét felől tartott előadás után Kovács tanár előtt méltatlankodott, hogy nem érti, mire való az a sokféle szülészeti műtét, holott az ő harmincz éves gyakorlata alatt sohasem volt szüksége rá, hogy szülészeti műtétet végezzen. Kovács kérdésére, hogy hát nem is halt meg betege szülés közben, nyugodtan felelte, „dehogy nem, annyi-mennyi, de műtétet végezni sohasem volt szükséges!”

Hát így vannak még sokszor a gyakorló orvosok az appendicitissel, a sinusitissel, az otitissel, nem is szólva sok egyéb betegségről; meghal, annyi-mennyi beteg peritonitisben, meningitisben stb., de műtétet idejekorán végezni nem volt szükséges.

Tisztelt uraim! Ma már nemcsak az orvostudomány, de annak egyes ágai is annyira megnövekedtek, hogy azok minden részében egyformán otthonos egy ember nem lehet. Hogy a tudomány haladását betegeink érdekében értékesíthessük, az együtt munkálkodás szükséges. A belgyógyász és sebész egymás ismereteit és tapasztalatait kiegészítve állapíthatják meg a leghelyesebb gyógyító eljárást, a sebésznek sokszor lesz szüksége a diagnosis és a műtét helyes indicációjának felállítására a különböző speciális szakmák művelőire.

Ha pedig ezen speciális szakmák művelői a kellő sebészi gyakorlat után el is hódítanak a sebészet területéből egyes részeket, ezért nincs okunk kicsinyesnek és féltékenyeknek lenni. Hiába mondta gunyosan LORENZ, mikor a közelmúltban Wien egyik megüresedett sebészi osztályának megszerzése körül versengtek a sebészek és az orthopaedek, hogy a szegény öreg sebészeknek maholnap nem lesz miből élni, mert elszedik tőle a koponyát, az orrot, a fület, a száját, a gégét, a húgyivarszerveket, a végtagokat a különböző speciálisták. Én nem féltsem a sebészetet, hiszen mindezen szakmák egészséges művelésének és fejlesztésének alapfeltételét az általános sebészi elveknek és sebészi technikának alapos tudása képezi; ezek birtokában bárki könnyűszerrel sajátíthatja el bármelyik speciális szakmát, míg ezen szakmák művelői sebészi készség nélkül csak kontárok maradnak. Azért kérem tehát, egyesült

erővel és kölcsönös támogatással haladjunk tovább a tudomány és betegeink javára.

*Hozzászól még BUDAY KÁLMÁN tnr. és MARKBREITER IRÉN dr.*

#### XXIV. szakülés 1908 deczember 12.-én.

Elnök: PURJESZ ZSIGMOND.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

JANCSÓ MIKLÓS és ELFER ALADÁR előadása: „Az emberi gümőkór bacillusainak virulentiájára vonatkozó vizsgálatok” czímen.

## Az Erdélyi Múzeum-Egyesület új alapszabályainak kivonata.

1. §. Az egyesület célja és eszközei. Az egyesület célja az 1841/3. évi Erdélyi Országgyűlésen elhatározott és 1859-ben Kolozsvárt megalapított Erdélyi Nemzeti Múzeum főtartása, tovább fejlesztése, gyűjteményeinek tudományos földolgozása, a tudományok művelése, a honismeretnek és általában a magyar tudományosságának előmozdítása.

3. §. Az E. M. E. tudományos eszközei: szakosztályok és gyűjtemények.

A szakosztályok a következők:

Bölcsészeti-, nyelv- és történettudományi-,

Természettudományi-,

Orvostudományi szakosztályok.

6. §. Céljainak megvalósítására az egyesület:

1. szakosztályi üléseket tart;

2. a szakosztályok munkálatait folyóirataiban kiadja;

3. tárait a nagyközönség számára meghatározott módon, bizonyos napokon díjtalanul, megnyitja;

4. táraiban időnként magyarázó előadásokat tart;

5. a tárakat illető tudományszakokból népszerűsítő és szakelőadásokról gondoskodik;

6. a tárakban folyó tudományos munkásság eredményeit időhöz nem kötött kiadványokban közlést teszi;

7. vándorgyűléseket;

8. különleges, időszaki kiállításokat rendez;

9. évkönyvet ad ki;

10. arra rendelt alapítványokból pályadíjakat tűz ki.

10. §. Az egyesület tagjai. Az egyesület tagja lehet minden tisztességes honpolgár, férfi és nő, a 11—18. §§-ban meghatározott feltételek alatt. A főlévelt a jelentkezés vagy ajánlás alapján a választmány határozza el.

12. §. Az egyesületnek igazgató, alapító, rendes és pártoló tagjai vannak.

13. §. Igazgató tagok azok, kik az egyesületnek legalább 1000 koronát, avagy a Múzeumba fölvehető ennyi értékű tárgyat adományoznak.

Az igazgató tagok, mind a magán, mind a jogi személyek, az egyesület választmányának tagjai és a rendes tagok összes jogait élvezik.

14. Alapító tagok azok, kik az egyesületnek legalább 200 koronát, vagy a Múzeumba fölvehető ennyi értékű tárgyat adományoznak.

Az alapító tagok a rendes tagok összes jogait élvezik.

16. §. Rendes tagok azok, a kik kötelezik magukat, hogy öt éven át tagsági díj fejében évenként 8 koronát fizetnek.

Minden rendes tagnak választania kell a 3. §-ban felsorolt szakosztályok közül, ha valamelyik szakosztálynak működésében részt kíván venni.

A tagdíj az év első negyedében fizetendő.

17. §. Pártoló tagok azok, a kik kötelezik magukat, hogy három éven át évi 4 koronát fizetnek.

54. §. A tagok jogai és köteleességei. Az igazgató tagok az alapító- és a rendes tagoknak összes jogait élvezik és azonfelül tagjai a választmányoknak. Az alapító- és a rendes tagok egyforma jogokat élveznek.

55. §. A rendes tagok jogai a következők:

- a) szavaznak a közgyűléseken;
- b) indítványokat tehetnek; de azok érvényes határozat hozatala előtt a választmányban tárgyalandók;
- c) választanak és választhatók; csupán az elnöki és két alelnöki állásra nem választható más, mint igazgató vagy alapító tag;
- d) díjtalanul kapják az egyesületnek általános természetű és népszerű kiadványait;
- e) díjtalanul látogathatják az Erdélyi Múzeum tárait, valamint az egyesülettől rendezett időszak kiállításokat;
- f) díjtalanul vehetnek részt az egyesület vándorgyűlésein és minden általa rendezett népszerű és tudományos előadáson;
- g) díjtalanul vehetnek részt a szakosztályok felolvasó ülésein;
- h) résztvehetnek ama szakosztály működésében, a melybe a 16. §. szerint beletartoznak annak kiadványait díjtalanul, a többi szakosztály kiadványait pedig kedvezményes áron kapják.

56. §. A pártoló tagok jogai a következők:

- a) díjtalanul látogathatják az Erdélyi Múzeum tárait, valamint az egyesülettől rendezett időszak kiállításokat;
- b) díjtalanul kapják az egyesület évkönyveit és a népszerű előadások füzetait;
- c) díjtalanul vehetnek részt az egyesület vándorgyűlésein, valamint minden általa rendezett népszerű tudományos előadáson;
- d) évi 2 koronával előfizethetnek egy-egy szakosztály kiadványára.